أسس
الطب النفسي
الحديث

الدكتور عطوف محمود ياسين

أخصائي إكلينيكي من الولايات المتحدة الأمريكية
أستاذ علم النفس بجامعة ميغيل بكندا (سابقاً)
أستاذ علم النفس الاكلينيكي بجامعة الكويت ومشرف تدريب
الطلبة بمستشفى الطب النفسي بالكويت (سابقاً)
استاذ علم النفس العيادي بجامعة الإمارات العربية المتحدة (سابقاً)
مستشار وباحث في المركز الدولي للبحوث (كندا - تورونتو)
عضو الجمعية الدولية للتحليل النفسي
أمين المركز الدولي للبحوث السيكولوجية السلوكية.

أسس الطب النفسي الحديث

منشورات بحسون الثقافية
بيروت - لبنان

فهرس

المراجع الأجنبية الرئيسية

1 - **ALEXANDER: Psychosomatic Medicine,** New York - W. W. Norton + Company INC - 1950, U.S.A.

2 - **DUBAR, H. F: Psychosomatic Diagnosis** New York, P. Hebar, INC, 1943.

3 - **WILSON: Psychosomatic Medicine**

4 - **ALFRED. M. FREEDMAN + Harold. I. Kaplan, Comprehensive Text book of Psychiatry.** (I + II) 1971.

5 - **MYRE SIM: Guide to Psychiatry, 1968 -2ND Edition?**

6 - **Lawrence Kolb: Noyes' Modern Clinical Psychiatry - 1968.**

7 - **IAN GREGORY: Fundamentals of** Psychiatry - 1968.

8 - **R. R. Tilleard - Cole + Marks: The Fundamentals of Psychological Medicine 1975.**

9 - **John Politt: Psychological Medicine** For Students. 1973. **Churchill Livingstone Edinburgh + London - Longman Group Limited.**

10 - **Thomas. P. Detre + Henry. G. Jarechi, Modern Psychiatric Treatment. - 1971.**

بسم الله الرحمن الرحيم

كلمة شكر

«لم أكن أتصور خلال جولتي الحديثة فيما يزيد على (عشرين دولة عربية) وجامعاتها في المغرب العربي والمشرق العربي، لم أكن أتصور أن كتابي: [علم النفس العيادي / الإكلينيكي] الذي طبَعته [دار العلم للملايين في بيروت] قد نفذت طبعته بتلك السرعة مما دعى (دار العلم للملايين) إلى السرعة في إعادة طبعه مع مطلع عام ١٩٨٦. وإن كان ثمة - أي تعليل متواضع - لذلك فهو أن الكتاب على ما يبدو قد صادف (قبولاً) من ذوي الألباب لأنه كان (يسد احتياجاً مُلحاً) على امتداد الوطن العربي في الجامعات والعيادات والمشافي ومراكز البحوث مما أوقد في نفسي الحافز على مزيد من الوفاء والالتزام - للقارىء العربي الواعي - الذي أصبح يتذوق بتفكيره الثاقب وإحساسه النقدي المتنامي؛ العطاء الصادق، ويميز بدقة بين [الغثّ والسمين] مما تطرحه أمامه مئات دور النشر والطباعة. وإنه رغم محاولات القهر لقتل هذا (الذوق العربي الجاد) من (بعض) سلطات القمع الفكري في الوطن العربي فإن (مؤلفاتي العشرة) قد وجدت من الانتشار والإقبال في المعارض المحلية والإقليمية

والدولية أكثر مما تستحق فشكراً (للقارىء العربي) الذي حكموا عليه (غيابياً وقهراً وظلماً وتعميماً بأنه (لا يقرأ) أو أنه (لم يعد قادراً أن يقرأ). ولقد أكد لي ذلك أيضاً النجاح نفسه الذي صادفه كتابي: [نزيف الأدمغة وهجرة العقول العربية إلى الدول التكنولوجية] الذي تناول الكتابة عنه بعض المفكرين المتميزين أمثال: الأستاذ عبد اللطيف السعدون على صفحة (الثقافة)/ الشرق الأوسط/ لندن: ١٩٨٧/٦/٢١.

إن روح الشعب ستبقى دوماً من ـ روح الله ـ خالدةً صادقة رائدة كما قرر ذلك مونتيسكيو وجان جاك روسو. وروح الشعب تشكل في جوهرها ـ ملحمة التاريخ ـ التي يجب على (الباحث العربي الجاد) أن ينذر حياته ـ خادماً متواضعاً ـ لإيقاظها وبعثها وتجديد الحياة في خلاياها، تقديراً واحتراماً لتكريم الله للإنسان الذي نفخ الله في صدره من روحه الإلهي فكرمه على سائر مخلوقاته ليكون أميناً على الرسالة، نادراً كل وجوده في سبيلها. أما ـ أجهزة القمع ـ التي تبذل كل جهودها لتحويل الشعب إلى (عُبّادٍ للأوثان) وتعطيل دوره التاريخي الملحمي، فإنها ستكون وحدها الخاسرة (عند الله) وفي نهاية الطريق مهما بدت أمام العيون أنها تحقق نصراً باهتاً زائفاً ومؤقتاً.

مونتريال ـ كندا

١٩٨٨/١/١

د. عطوف محمود ياسين

تقـــديم

بعد ساعاتٍ ست، شاقّة، مضنيةٍ، من نقاشٍ مرهقٍ حاد، مع اللجنة السداسية لأطروحة الدكتوراه في علم النفس العيادي / الإكلينيكي بأمريكا في يناير/ ١٩٧٧/؛ خرجت من قاعة المناقشة وعلى كتفي تلك (الدرجة العلمية) التي تمثل عبئاً ثقيلاً وأمانةً مقدسة. وشعرتُ بعدها، وكأنني (تلميذ صغير يحبو..) ويبدأ يسير الخطوات الأولى على درب العلم الطويل.. وهكذا قالها لي أستاذي الراحل الطبيب النفساني «جودوين واطسون: Godwin Watson» وهو يمنحني إجازة التخرج. ومضت (سنوات عشر) بين (١٩٧٧ - ١٩٨٨) وأنا في عمل دائب متواصل لإنتاج: [هذا الكتاب] الذي كان - بجانب التدريس الجامعي - و - العمل العيادي الاستشاري - محاولة جديدة أضعها بين يدي (القارىء العربي) لتمثل في (منحنى مؤلفاتي العشرة) مرحلة النضج المتواضع، أضيف بها إلى (المكتبة العربية) مساهمةً متخصصة ميدانيّة، هي في حقيقتها نتاج (ربع قرن من السنين) وهبتُ فيها نفسي للبحث العلمي المتواصل، في عصر جُرِّدَ به - الباحث الجاد - من كل ما يملك؛ ولم يبق بين يديه سوى (قلم

متواضع)... وأُعْطِيَتْ عَناصر الشر (كلّ أنواع الأسلحة) للفتك والقهر، في عالمٍ انهارت به المعايير، واختلطت به الأقنعة وانقلبت به القيم؛ وصودرت فيه حرية الإنسان وكرامته ولقمة عيشه. ولعل أكبر ما نجحت به ـ قوى الشر ـ في عصرنا الحالي؛ هو (تعطيل إحساسات الإنسان) عن الشعور بمخاطر هذا (العصر النووي) المعقّد الذي نعيش فيه؛ بل نعيش مآسيه وتناقضاته، وذلك وحده، يمثل: (أخطر مخاطر هذا العصر) الذي بدأ يفرز على سطحه الكثير من الأمراض النفسية والعقلية المستعصية وصدق (باولو فرايري: Paulo Friere) حين وصفه بأنه (عصر الانتحار النووي القادم).

[راجع = الجزء الأخير من ـ الفصل الأول ـ في ـ الباب الأول، لهذا الكتاب][(1)].

وعلى ضوء ما تقدّم؛ تصبح الحاجة ماسّةً لإصدار كتاب يتناول [أسس الطب النفسي الحديث] ليقدّم ـ للقارىء العربي ـ [أبرز الأمراض العقلية/ والنفسية المعاصرة] بأسلوب مبسَّط؛ ووضوح لا غموضَ فيه، وتوثيق مدروسٍ مكثّف؛ محدّداً [أهداف هذا الكتاب] بما يأتي:

١ ـ تقديم (عرض شامل ومكثّف) للأمراض العقلية ـ الوظيفية والعضوية ـ والأمراض العصبية ـ النفسية التي تحاصر الإنسان في أشد عصور التاريخ قلقاً واضطراباً وصعوبةً:
[التعريف/ الأسباب والتشخيص/ الأعراض السريريّة/ سُبل العلاج/].

٢ ـ تزويد الطبيب/ والممارس/ والباحث/ والمعلم/ والأخصائي النفساني/ والأمهات والآباء؛ والقارىء العربي بكل مكان برصيد من

---

(١) انظر (الصفحة: ١ ـ ٢: من مقدمة الدكتور عطوف محمود ياسين في كتابه: الأمراض السيكوسوماتيّة ـ منشورات بحسون الثقافية ـ بيروت ـ لبنان ـ ١٩٨٨.

المعلومات الطبية والسيكولوجية لا غنى لهم عنها في تطبيقاتهم الميدانية ونشاطاتهم اليوميّة.

٣ - إعطاء (طالبات وطلبة كليات الطب) والتمريض/ وعلم النفس والتربية/ على امتداد الوطن العربي [مرجعاً متخصصاً] يتضمن أسس الطب النفسي الحديث وأبرز موضوعاته ومجالاته وأمراضه وسبل العلاج لها، ليكون لهم بمثابة (الدليل العملي) في الممارسة اليومية المهنيّة.

٤ - تزويد (المكتبة العربية) بمساهمة علمية - هادفة؛ تضيف إليها مصدراً جديداً وجاداً من مصادر المعرفة في ميدان الطب النفسي المعاصر.

وإذا كان - أيُّ كتاب - يُقيِّم **بالمدى** الذي يتمكن فيه المؤلف من أن يطرق (أهدافه المحدّدة) في بدايته، فحسبي أن أسأل الله عز وجل أن يكون معي لتحقيق أبعد مدى لهذه (الأهداف السابقة) للكتاب لأنال - بعض القبول - من - القارىء العربي الكريم -:

وسيجد القارىء في هذا الكتاب: (ستة عشر فصلاً) موزّعة في (أبواب ثمانية):

أما (**الفصل الأول - في الباب الأول**) فيتناول أساسيات الطب النفسي، بادئاً بالتطور التاريخي لهذا الميدان في مراحله الخمس: (المرحلة السحرية عند الشعوب القديمة، والمرحلة الطبية - الطبيعية عند اليونان، والمرحلة الكنائسية للعصر الأوربي الوسيط؛ ومرحلة العطاء الحضاري للعصر العربي - الإسلامي؛ ومرحلة العصر الحديث).

وقد حاولنا بشكل خاص إبراز (المساهمات العربية - الإسلامية) في هذا الميدان عند ابن سينا والزهراوي والرازي وابن القيم وابن النفيس وغيرهم؛ وجهودهم في إقامة المشافي وابتكار أنواع العلاج النفسي والجسمي وإنجازاتهم في أساليب المعالجة واكتشاف الأدوية والعقاقير.

وعلى وجه التحديد [مساهمات ابن سينا/ والرازي/ والزهراوي/ وابن القيم/ وابن النفيس/ والغزالي/ وابن رشد/ والفارابي/ وابن الهيثم/ ولمحة عن مؤلفاتهم؛ ومجموعة لقافلة من الممرّضات المسلمات اللواتي كان لهن دور بارز في التطبيب والتمريض. واستعرضنا في الفصل ذاته نوعيات المشافي العلاجية عند المسلمين (الثابت منها والمتنقل) و (الداخلي والخارجي) ونوعياتها حسب الأمراض والأقطار والأعمار، وأثبتنا في (نهاية الفصل) عدداً من المراجع العلمية الهامة التي وصلت إلى (خمسة وأربعين) مرجعاً عن دور الأطباء العرب ومساهماتهم العلمية في ميدان الصحة العقلية والنفسية والعلاج.

وقد تطرّق (الفصل الأول) إلى [الاتجاهات الحديثة] التي يمثلها أعلامٌ مشهورون أمثال (باراسيلسوس، وشاركو، وبينيل، وبريتشارد، وسيجان، وكريسنجر، وجوليان روتير)، كما ألمحنا الإشارة إلى الاتجاهين الرئيسيين وهما:

١ ـ اتجاه السلوك الشاذ والتخلف العقلي الذي أشرف عليه (رومستان ـ شاركو ـ كرايبلين ووايتمر).

٢ ـ اتجاه الفروق الفردية والوراثة والقياس والذي أشرف عليه (جالتون ـ كاتيل ـ وونديت).

وتطرّق (الفصل الأول) للمدرسة القياسيّة التي اهتمت بمبدأ (الفروق الفردية، والمدرسة الديناميكية التي اهتمت بديناميات السلوك؛ وإلى علماء بارزين أمثال: (كرايبلين ـ يوجين بلويلر ـ سيجموند فرويد ـ آدولف ماير ـ واجنر، وجوريج ـ مونيز ـ ساكل. وتناول (الفصل الأول) أبرز (التيارات المساهمة في ارتقاء العلاج العيادي) مثل:

١ ـ نمو التيار السايكاتيري في الطب النفسي.
٢ ـ تأثير التيار الجشتالتي.
٣ ـ تأثير علم نفس التعلّم والتطور التجريبي.

٤ ـ تأثير علم نفس الذات وتطور الإطار المرجعي.

٥ ـ ظهور العيادات النفسية.

٦ ـ ظهور الاختبارات النفسية والروائز العقلية وانتشارها.

ولكي يستكمل (الفصل الأول) ما يرتبط بالاتجاهات الحديثة فقد استعرض (عشرين اتجاهاً) يمثلون المدارس الكبرى الرئيسية في سيكولوجية الأمراض العقلية والنفسية. مثل:

١ ـ المدرسة الطبية ـ العضوية (كريبلين).

٢ ـ المدرسة النفسية ـ البيولوجية (أدولف ماير).

٣ ـ المدرسة السلوكية ونظرية التعلم (بافلوف ـ دولارد وميللر ـ واطسون سكينار).

٤ ـ المدرسة التكوينية: (كرتشمر / شيلدون).

٥ ـ المدرسة الوصفية والطاقة (جانيه).

٦ ـ المدرسة الفيزيولوجية ـ الإشراطية ـ الانعكاسية (بافلوف).

٧ ـ المدرسة التحليلية الفرويدية (فرويد) ومراحل الطفولة.

٨ ـ مدرسة يونغ التحليلية.

٩ ـ مدرسة إدلر التحليلية.

١٠ ـ مدرسة هورني التحليلية.

١١ ـ مدرسة أوتورانك التحليلية.

١٢ ـ مدرسة إيريك فرام السيسيولوجية.

١٣ ـ مدرسة هاري سوليفان.

١٤ ـ جماعة (لندن) التحليليون.

١٥ ـ جماعة (شيكاغو) التحليليون.

١٦ ـ المدرسة الوجودية في الأمراض العقلية والنفسية.

١٧ ـ مدرسة (ماسلو) للهياراكي الإنساني.

١٨ ـ المدرسة الراجرية في التمركز حول العميل.

١٩ ـ مدرسة الطبيب الإسكندر.

٢٠ ـ مدرسة الأبعاد المتعددة والتكامل الشمولي.

وقد تناول (الفصل الأول) عرض السمات العامة التي تطبع (العصر النووي والقلق والإيدز) الحالي ومظاهر القلق التي تعترض حياة الإنسان فيه؛ وقائمة من (المراجع الهامة) للفصل.

أما (الفصل الثاني للكتاب في بابه الأول) فقد تناول موضوع (التصنيفات الإكلينيكية العالمية للأمراض العقلية والنفسية) مثل: تصنيف لجمعية الطبيّة النفسية ـ الأمريكيّة؛ وتصنيف منظمة الصحة العالمية للأمم المتحدة؛ وتصنيف (هارفي روبين) المعاصر. كما قدّم (الفصل الثاني) التصنيف السوفيتي للأمراض العقلية والنفسية وحدّد السمات الفارقة الرئيسية (بين المرض العقلي والمرض النفسي) التعريف/ الأمثلة/ السمات الفارقة. وانتهى الفصل بإبراز جدولٍ مقارنٍ عن (خصائص سبع) تميز (مرض العصاب) عن (مرض الذهان) وهي: [الأسباب/ السلوك العام/ التوافق الاجتماعي/ التحكّم في الذات/ العلاج/ التنبؤ].

أما (الفصل الثالث للباب الأول) فقد طرح (قوانين السببية الباثولوجية بين الثبات والتغيّر ومصادر اضطرابات الشخصية)، فبدأ بتقديم (خمسة ثوابت) عن التشخيص والمرض وانتقل لاستعراض (أسباب المرض) (الوراثية/ والتكوينية ـ البنيوية/ والعضوية ـ المرضيّة/ والنفسيّة/ والبيئيّة ـ الحضارية وغيرها..) كما تناول (الفصل الثالث) زوايا الخلل وأبعاد الاضطراب في الشخصية ليفتح الطبيب والممارس والمعالج عيونه دوماً عليها وهي:

١ ـ اضطرابات العاطفة من تغير مزاجي أو برود أو غم أو ابتهاج أو تقلّب مزاجي.
٢ ـ اضطرابات الادراك البدني كنتيجة للإرهاق الجسمي والعقلي.
٣ ـ اضطرابات التخيل كإضافات وهمية أو تخيُّلات غير واقعيّة.
٤ ـ اضطرابات التفكير كالتشتت الذهني أو البطء أو التفكير الفصامي.

٥ - اضطرابات الاحساس كالهلاوس والأحاسيس الكاذبة والأوهام.
٦ - اضطرابات الذاكرة كالنسيان بنوعيانه الطويل والقصير الأمد.
٧ - اضطرابات النطق كالحبسة الكلامية والتمتمة والثرثرة والاختزال الكلامي. واضطرابات النوم والطعام والتبوّل والإخراج وغيرها...

وينتهي الفصل (الثالث) بتعاريف هامة لمفاهيم أربعة رئيسيّة هي: [الفوبيات/ البارانويا/ الهلاوس/ الهذاءات] وأمثلة لكل واحدةٍ منها.

أما (**الفصل الرابع - الباب الثاني**) للكتاب فقد عالج موضوع (المقابلة التشخيصيّة ونماذج دراسة الحالة وتقرير الطب النفسي) وقد بدأ بتمهيدٍ عن المقابلة ثم حدّد ست دعامات أساسية للمقابلة؛ واستعرض (ثلاث عشرة أداةً) يستخدمها الأخصائي النفسي في (المقابلة التشخيصيّة) وهي:

١ - البيانات الأساسية عن الحالة وصاحبها وتشتمل على (١٠) جوانب.
٢ - الاختبارات العقلية والروائز النفسية وتتضمن (٧) جوانب.
٣ - الفحص الفيزيائي - الجسمي والسجل الطبي ويشتمل على (٣٥) جانباً.
٤ - الفحوصات المتمّمة ومبرّراتها الضرورية وتضم (٦) جوانب.
٥ - البحث الاجتماعي والتاريخ الأسري ويتناول (٢٦) جانباً.
٦ - السجل المدرسي لصاحب الحالة ويشتمل على (٢٢) جانباً.
٧ - التاريخ المهني لصاحب الحالة ويتضمن (٤) جوانب.
٨ - تاريخ النمو التكويني ويحتوي على (١٩) جانباً.
٩ - سجل التطوّر والنمو الجنسي ويشتمل على (٥) جوانب.
١٠ - استخدام أداة الملاحظة السلوكية وتتضمّن (٧) جوانب.
١١ - السجل النفسي - للحالة ويتضمّن (٧) جوانب.
١٢ - تقرير صعوبات النطق والتعبير ويشتمل على (٢٠) جانباً.
١٣ - معلومات متمّمة وبيانات مُستجدة.

وقد استعرض (الفصل الرابع - الباب الثاني) نماذج عالمية لدراسة الحالة مثل (نموذج عيادة جامعة بوردو/ ونموذج ميروسلان باجاني خبير اليونيسكو في الجامعة التشيكوسلوفاكية/ ونموذج التقرير النفسي). وانتهى الفصل بنموذج (تقرير الطب النفسي الحديث) باعتباره يمثل (منهج فريق العمل).

أما **الفصل الخامس - الباب الثالث** فقد طرح موضوع (التخلف العقلي وأمراضه) وقد بدأ بالتعريف/ ونوعيات التصنيف مثل:

١ - التصنيف حسب درجة الذكاء ومرتبة الإعاقة.
٢ - التصنيف حسب مصدر العلّة والسبب.
٣ - التصنيف المرضي - الإكلينيكي.
٤ - التصنيف التربوي - التأهيلي.

وتناول الفصل (المحكات الرئيسية) في التخلف العقلي: كمحك درجة الذكاء ومحك مصدر العلة، والسبب سواءً كان في فترة الحمل/ أو أثناء الولادة)/ أو عوامل بعد الولادة/ أو عوامل منذ بدء الطفولة حتى نهاية المراهقة، كما تناول الفصل الأمراض التي تصاحب كُلَّ مرحلة بتفصيلٍ دقيق. وحدّد الفصل (الأعراض التشخيصية السريريّة) للتخلف وخطوات تشخيصه وخطوات علاجه والوقاية منه؛ وانتهى الفصل بقائمة للمراجع الهامة في موضوع التخلف العقلي.

ويعالج (الفصل السادس - الباب الثالث) موضوع: (الأمراض العصبيّة): التعريف/ النوعيات/ الأعراض السريرية/ أساليب العلاج. وقد بدأ الفصل بتعاريف دقيقة للأمراض العصابية - النفسية عند الهيئات الطبية الدوليّة ونوعياتها على الشكل التالي:

١ ـ القلق النفسي ـ العصابي (الحصار).
٢ ـ الاكتئاب النفسي ـ الانفعالي (غير الذهاني).
٣ ـ السيكاثينيا (استجابة الحصر العصابي ـ القهري).
٤ ـ استجابة الفزع والرهاب (المخاوف بأنواعها).
٥ ـ الهستريا (استجابة التحوُّل والانشطار).
٦ ـ المراق (الوساوس المرضيَّة).
٧ ـ النورستانيا (الوهن العصبي).
٨ ـ اضطراب الذات (الأنا).
٩ ـ الأنوريكسيا (رفض الطعام).

وقد أوضح الفصل (التفسيرات السببية التسعة) وراء الأمراض النفسية العصابية، والفروق الجوهرية بين (العلاج السلوكي) و (التحليل الفرويدي) وبين (العُصاب النفسي) و (الذهان العقلي). وقد ركّز الفصل على (الأسباب/ الأعراض السريريّة/ أساليب العلاج).

أما **(الفصل السابع ـ الباب الرابع)** فقد تناول (الأمراض العقلية الذهانية ـ الوظيفية (غير العضوية) كالفصام وبعض الذهانات. وبدأ الفصل/ بالتعريف/ والنوعيات/. وقد كان (مرض الفصام) في نوعياته التي تزيد على (ستة عشر) نوعاً هو محور هذا الفصل. كما استعرض المؤلف الأعراض السريريّة له وأسبابه التي ترتبط (بثمانية) تعليلات:

١ ـ الأسباب الوراثية الجيناتيكيّة.
٢ ـ الأسباب التمثيليّة الغذائية.
٣ ـ الأسباب الفيزيولوجية ـ العصبيّة.
٤ ـ الأسباب الكيميائية ـ الحيويّة.
٥ ـ الأسباب الهرمونيّة ـ الغدّية.
٦ ـ الأسباب البيئيّة والأسريّة.
٧ ـ الأسباب النفسية ـ السيكولوجية.
٨ ـ الأسباب الترسُّبية ـ الحاسمة.

وبعد تفصيل لنوعيات الفصام، يعرض الفصل (خمسة عشر) أسلوباً للعلاج النفسي والدوائي والكهربائي والأنسولين والجراحي والوقائي وغيرها. ويتناول الفصل موضوع (البارانويا: التعريف/ الأعراض السريريّة/ العلاج)، كما يستعرض (سبعة ذهانات) أخرى مثل: ذهان لاتا - ذهان آموك - ذهان الكورو - ذهان كابغراس - تنذركوتارد - ذهان ويتيكو - ذهان الفودو وغيرها...

وقد تناول (**الفصل الثامن - الباب الرابع**): موضوع (الذهانات والاضطرابات الوجدانية) ويبدأ بتعريفها وتحديد نوعياتها وأشكالها مثل:

١ - الكآبة الداخلية الذهانية.

٢ - الهوس الدوري.

٣ - الكآبة والهوّس الدوري.

٤ - كآبة سن اليأس (الميلانخوليا).

كما تضمن مقارنة لسمات الكآبة الذهانية/ والكآبة النفسية بجدول فيه (عشرين بُعداً)؛ واهتم الفصل (بالأسباب/ والأعراض السريرية/ وأساليب العلاج) كما تحدث عن الاكتئاب العقلي - الذهاني (الداخلي)، وعن (الانتحار الاكتئابي، والهوس بنوعياته والميلانخوليا) مع أساليب علاجها.

أما (**الفصل التاسع - الباب الخامس**) فقد تصدّى لموضوع (اضطرابات الشخصية) ويبدأ بتعريف هذه الاضطرابات في أنماط الشخصية أو سماتها أو السلوك الاجتماعي للفرد أو اضطرابات التكيُّف والتوافق؛ وأوضح (الفصل) المحكّات الأربعة الرئيسيّة للتمييز بين الشخصية السويّة والشخصية اللاسويّة وهي:

١ - المحك الطبي - النفسي.

٢ - المحك الإحصائي.

٣ - المحك المثالي التحليلي.

٤ - المحك الاجتماعي.

وتناول (الفصل) بالشرح والتحليل كل قسم من نوعيات اضطرابات الشخصيَّة ففي اضطرابات (الأنماط) تحدث (الفصل) عن الشخصية: العاجزة/ والفصاميّة والدوريّة/ والبارانوية، وفي اضطرابات (السمات) تناول (الفصل) الشخصية العُصابية، وغير المتزنة انفعالياً، والسلبية ـ العدوانية. والقهرية، والهسترية، والوسواسية، وفي الانحرافات السلوكية الاجتماعية بدأ (باضطرابات النوم) فتحدث عن الأرق/ والتجول أثناء النوم/ والكابوس والفزع الليلي/ والنعاس النهاري ـ الناركوليبسي/. كما تناول (الفصل) (اضطرابات التبوُّل) اللاإرادي الليلي/ والنهاري/ والتحقّن البولي/ والسلوك السيكوباتي ـ اللااجتماعي؛ وانتهى الفصل في استعراض نماذج الشخصية الخمسة (الدموي/ البلغمي/ الصفراوي/ السوداوي/ النرجسي) ودلالاتها؛ وأنماط الشخصية الخمسة عند (كرتشمر) وهي (البدينة/ والنحيلة/ والرياضية/ والرومانسية/ والمشوشة).

وتناول **(الفصل العاشر ـ للباب الخامس)** موضوع (الانحرافات الجنسية) باعتبارها أحد اضطرابات الشخصية. وقد بدأ (الفصل) بتعريفها/ ونوعياتها التي زادت على (ستة عشر انحرافاً) وهي:

١ ـ الجنسية المثلية.
٢ ـ الفتيشيّة.
٣ ـ الساديّة.
٤ ـ الماسوشيّة ـ الخضوعيّة.
٥ ـ الاستعراء والاستعراض.
٦ ـ الاستمناء.
٧ ـ العنانة أو الارتخاء العناني.
٨ ـ البرود الجنسي أو التشنّج المهبلي.
٩ ـ القذف السريع.
١٠ ـ التلصُّص.
١١ ـ التقمُّص المعاكس للملابس.

وقد تناول (الفصل الثاني عشر - للباب الخامس) موضوع السلوك الجنائي/ والطب النفسي الشرعي) باعتباره فرعاً من فروع الطب النفسي، وقد ميّز المؤلف في هذا (الفصل) بين المسؤوليّة القانونية/ والمسؤولية الجنائية؛ وعرض المؤلف (التساؤلات) التي يجب على المحاكم ودور القضاء وضعها موضع الاعتبار في دراستها للحالة العقلية للمريض. وكذلك مفهوم الحجز والوصاية على المريض العقلي. كما تناول الفصل (ستة قوانين هامة) مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالطب الشرعي ومبرّراتها وهي:

١ - قانون الأحداث الجانحين.
٢ - قانون التعقيم الاصطناعي - الحر.
٣ - قانون الإسقاط وإنهاء الحمل.
٤ - قانون الانحرافات الجنسية.
٥ - قانون الإدمان على المخدّرات.
٦ - قانون الانتحار.

أما (الفصل الثالث عشر - للباب السادس) فقد عالج موضوع: (الأمراض العقلية الذهانية - النفاسيَّة - العضويّة) وقد بدأ بتعريف المرض العقلي العضوي واستعرض نوعياته الخمس الرئيسية:

١ - الهذيان الحاد.
٢ - الهذيان الارتعاشي.
٣ - الهذيان تحت الحاد.
٤ - الاضطرابات الوجدانية بعد الحادة.
٥ - الفصام العضوي، موضحاً (الأسباب/ الأعراض السريريّة/ خطوات العلاج).

كما تناول الفصل (ستة ذهانات) إضافية شائعة هي: (الذهان العضوي المزمن - الأمراض الدماغية الذهانية وتصلب الشرايين - أورام

الدماغ ونوعياتها ـ صدمات الرأس ـ تناذر الملاكمين ـ الذهان الكحولي) ولما كان (الذهان الكحولي) ينطوي على أهمية بالغة فقد أوضح المؤلف (سبع نوعيات فرعية) مرتبطة فيه وهي (التسمم الكحولي الحاد/ هلاوس الكحول/ الكحال أو الاندفاع الكحولي ـ أوهام الغيرة والاضطهاد ـ هوس الشراب ـ الكحولية المزمنة)، وختم ذلك بنتائج الادمان وسمات المُدمن. كما تطرّق المؤلف في هذا (الفصل) إلى زهري الدماغ (السيفلس) والشلل الجنوني العام (التعريف/ والتشخيص/ والأعراض/ والعلاج) وذهان كورساكوف/ وذهان فيرنيكة/ وذهان البلاجرا، ونوعيات أخرى للذهانات (مرضية عضوية ـ دماغيّة) كالتسمم بالغثرات وخذلان الكبد ومرض باركنسون/ وحمى المخ السبائية، وذهان العقاقير ومؤثراتها الجانبية. وتناول المؤلف الحديث عن ذهان الحمل والنفاس وإجهاض الحوامل. وانتهى الفصل إلى ذهانات الإدمان على الخمور والمخدّرات وهي: ذهان الحشيش/ وذهان المورفين الأفيوني/ وذهان الكوكائين/ وذهان الامفيتامين/ وذهان العقاقير المهلوسة.

وقد تصدّى (الفصل الرابع عشر) للباب السادس: لموضوع (الصَرَع) باعتباره مرضاً عقلياً ذهانياً. وقد بدأ الفصل بتعريف الصرع وبيان نوعيّاته (التكويني والعَرَضي) والفترات التي يصاب بها المريض أو الطفل قبل الميلاد أو أثناءه أو بعده. وتعرّض الفصل إلى (الأسباب) وراء مرض الصَرَع، وكذلك إلى (الأنواع الخمسة) التي صنّف بها الأطباء (الصَرَع) حسب الأعراض وهي:

١ ـ الصرع الأساسي ـ الأكبر.
٢ ـ الصرع الأصغر.
٣ ـ الصَرَع السايكوحركي.
٤ ـ الصرع الجاكسوني.
٥ ـ الصرع الرُضوضي.

وحدّد الفصل (الأعراض السريريّة) لكل نوع منها. وقدّم جدولاً مقارناً (للفروق المتميّزة) بين (نوبات الصّرَع) و(نوبات الهستريا) كما أوضح خطوات التشخيص للصرع؛ وأساليب علاجه (دوائياً ونفسياً) واستخدام الصدمة الكهربائية والميترازول؛ وتحدث الفصل عن الإنذار وسير المرض والسمات السلوكية والنفسية المحدّدة للشخصية الصّرَعيّة وبعض الدراسات والبحوث المعاصرة عن الصّرَع وقائمة من المراجع الحديثة الخاصة بمرض الصّرَع.

أما (**الفصل الخامس عشر - للباب السابع**): فقد تصدّى (لأمراض الطفولة النفسيّة والسلوكيّة) وقد بدأ بتمهيد عن الأمراض النفسجسمية للأطفال وعن (خطوات التشخيص) وأدواته؛ وتحدث الفصل عن (شلل الأطفال: التعريف - والأسباب - والأعراض والنوعيات - وسبل العلاج) وعن (الكوريَا العصابية: التعريف - والأعراض - والعلاج) وعن (الروماتيزما: التعريف والأسباب - والأعراض - والعلاج)؛ وتناول الفصل (اضطرابات الأطفال السيكوسوماتية - والسلوكيّة بادئاً بالأمراض الذهانيّة للأطفال: العضوية منها والوظيفيّة ثم الأمراض الوظيفية: كالانعزال الطفولي (الأوتيزم) والفصام؛ والأمراض السيكوسوماتية الأخرى (كالإغماء/ والخجل والتعرُّق/ والدوار/ والغثيان/ والصُداع/ والربو/ والإسهال، وتحدث الفصل عن الأمراض النفسيّة الحركيّة: كقضم الأظافر ومص الأصابع/ والرعشة/ والتأرجح والتمايل/ والتلعثم والتأتأة وأوضح سبل العلاج لها. وتناول الفصل (الاضطرابات الوجدانية للأطفال) كسرعة الغضب والعدوان/ والإسفاف بأحلام اليقظة/ والكآبة/ والسلوك الجناحي/ وسبل العلاج لها. وتحدث الفصل عن (مشكلة التبول اللاإرادي) عند الأطفال: تعريفاً وأسباباً وتشخيصاً وأعراضاً وعلاجاً. كما تناول (اضطرابات النوم) كالمشي أثناء النوم أو الكلام، وفزع الليل، والكابوس، وصرير الأسنان والعلاج. وتطرّق الفصل إلى أمراض الأطفال النفسية والسلوكية كالتالي:

١ ـ اضطرابات الطعام والغذاء كقلّة الشهيّة وغيرها.

٢ ـ السلوك السيكوباتي وأعراضه وسماته.

٣ ـ مشكلة الغيرة عند الأطفال وأعراضها وأسبابها وعلاجها.

٤ ـ مشكلة السرقة وتعريفها وأسبابها وعلاجها.

٥ ـ مشكلة الكذب وتعريفها وأسبابها وعلاجها.

٦ ـ مشكلة الغضب وأسبابها وعلاجها.

٧ ـ مشكلة الخوف وأسبابها وعلاجها.

أما (الفصل السادس عشر ـ للباب الثامن) فقد عالج (مرحلة الكهولة والشيخوخة وأمراضها): وقد بدأ الفصل بتمهيد عن أهمية تلك المرحلة وعناية الأمم المتقدّمة لها. وعرض الفصل (التغيُّرات والسمات السيكوفيزيولوجية) التي تحدث للإنسان في هذه المرحلة. كما استعرض الأمراض الرئيسية للشيخوخة وطرق علاجها على الشكل التالي:

١ ـ ذهان الشيخوخة (البارافرينيا).

٢ ـ الخرف المبكر الذي تتفرع عنه أمراض عديدة منها: مرض كوريا ـ هينتيغون ومرض جاكوب ـ كروتزفيلد، ومرض الزهايمر، ومرض بيك وغيرها.

٣ ـ خرف الشيخوخة المتأخر.

٤ ـ الأمراض العصبية ـ الوجدانية للكهولة؛ وسبل العلاج لها.

وانتهى الفصل بمقارنة بين الخرف المبكر/ وخرف الشيخوخة/ المتأخر بسمات خمس رئيسية. وقد قدّم المؤلف في نهاية الكتاب بعض الملحقات، وقائمة من المراجع العلمية وصلت إليها (٣٩٠) كتاباً للباحثين والدارسين.

- «لا مانع عندي من فقدان المال، والصحّة، والمسكن والشراب، والطعام، والوطن والأهل وكل المظاهر المادّية للبقاء... ولكن طالما أنني أملك - سلاح الروح المعنوية - فبه وبالحريّة أستطيع بناء كُلّ شيء».

«لامارتين»

* * *

- أبو القاسم الشابي في ربيع شبابه في الخامسة والعشرين يعبر عن (اليأس) في لحظةٍ يائسة فيقول:

- نحن نمشي وحولنا هذه الأكوان تمشي لكن لأيّة غايةْ.

- نحن نتلو رواية الكون للموت ولكن ماذا ختام الروايةْ.

- جَفَّ سحر الحياة في قلبيَ الباكي فهيّا نجرّبُ الموت هيّا.

وأحمد الصافي النجفي وهو في (السبعين) من عمره يتحرك الشباب في دمه وخلاياه فيقول:

سِنّي بروحي لا بِعَدِّ سنيني فلأسخَرَنَّ غداً من التسعين
عُمري إلى السّبعين يركضُ مُسرعاً والرّوح ثابتة على العشرين

* * *

- «اقطعوا شرابي، وخذوا طعامي، صادروا أرضي، واهدموا مسكني، اطعنوا صدري، واشربوا دمي، اكسروا ظهري، واقتلوا أطفالي، اصهروا قلبي، واقطعوا لساني، انزعوا ملابسي، واقلعوا عيوني، هشّموا رأسي ومع ذلك فسأواصل مسيرة الحياة دون تقهقر...».

«مانديلا»

الباب الأول

الفصل الأول:

أساسيات الطب النفسي:

[١] التطور التاريخي للطب النفسي.
[٢] المساهمات العربية الرائدة في الطب والعلاج النفسي.
[٣] الاتجاهات الحديثة.

الفصل الثاني:

[١] التصنيفات الإكلينيكية العالمية للأمراض النفسية والعقلية.
[٢] التحديدات الفارقة بين المرض العقلي والمرض النفسي.

الفصل الثالث:

[١] قوانين السببية الباثولوجية بين الثبات والتغيُّر.
[٢] مصادر اضطرابات الشخصية.

أساسيات الطب النفسي

تطور الطب النفسي والمساهمات العربية الاسلامية

Historical, Islamic, and Modern Contributions To Psychiatry

خطة الفصل المنهجية:

- **التطور التاريخي:**
  - المرحلة السحرية: (الشعوب القديمة).
  - المرحلة الطبيعية الطبية: (اليونان).
  - العصر الأوربي الوسيط: (المرحلة الكنائسية).
  - العصر الإسلامي الذهبي: (العطاء الحضاري).
  - العصر الحديث: (عصر القلق والصراع النووي).

- **المساهمات العربية الإسلامية:**
  - [ابن سينا/ الكندي/ أبو بكر الرازي/ ابن حزم/ ابن القيم/ الفارابي/ الغزالي/ابن رشد/ ابن سيرين/الزهراوي/ابن النفيس/ ابن البيطار/ ابن ماسويه/ وغيرهم..]
  - السمات العامة للمساهمات العربية الإسلامية: [ابن سينا/ الرازي/ ابن القيم/ الغزالي/ الفارابي/ ابن الهيثم/ ابن بختيشوع/.

- المستشفيات والعلاج والأدوية عند العرب والمسلمين. نوعيات المشافي وسماتها المتميِّزة:
[مشافي الشام/ مشافي الجزيرة العربية/ مشافي العراق/ مشافي مصر/ مشافي المغرب/ مشافي الأندلس/.

- **الاتجاهات الحديثة والعصر الحديث:**

- باراسيلوس (ثيوفراستوس).
- أنطون مسمر والمسمارية المغناطيسية.
- شاركو/ بينيل/ إسكيرول / بريتشارد.
- سيجان/ كريسنجر/ رونير.
- **اتجاه السلوك الشاذ والتخلف العقلي:** (روستان ـ شاركو ـ كرايبلن ـ وايتمر).
- **اتجاه الفروق الفردية والوراثة والقياس:** (جالتون ـ كاتيل ـ وونديت).

- **المدرسة القياسية/ والمدرسة الديناميكية:**

- كرايبلين/ بلويلر/ سيجموند فرويد.
- آدولف ماير/ واجنر ـ جوريج/ مونيز/ ساكل.

- **المدرسة الديناميكية في (بوسطن):**

- الحرب العالمية الثانية والتغيُّرات البارزة المصاحبة.

- **التيارات المساهمة في ارتقاء العلاج العيادي:**

- ١ ـ نمو التيار السايكايتري (الطب النفسي).
- ٢ ـ تأثير التيار الجشتالتي.

- ٣ - تأثير علم نفس التعلم والتطور التجريبي.
- ٤ - تأثير علم نفس الذات ونظرية الإطار المرجعي.
- ٥ - ظهور العيادات النفسية.
- ٦ - ظهور الاختبارات وانتشارها.

• الاتجاهات الكبرى والمدارس/ في سيكولوجية الأمراض العقلية والنفسية:

- ١ - المدرسة الطبية - العضوية (كرايبلن).
- ٢ - المدرسة النفسية - البيولوجية (أدولف ماير).
- ٣ - المدرسة السلوكية ونظرية التعلم (بافلوف/ واطسون/ سكينار)
- ٤ - المدرسة التكوينية (كرتشمر - شيلدون).
- ٥ - المدرسة الوصفية والطاقة (جانييه).
- ٦ - المدرسة الفيزيولوجية - الإشراطية - الانعكاسية (بافلوف).
- ٧ - المدرسة التحليلية - الفرويدية ومراحلها الخمسة.
- ٨ - مدرسة (يونغ) التحليليّة الحديثة.
- ٩ - مدرسة (إدلر) التحليليّة الحديثة.
- ١٠ - مدرسة (هورني) التحليليّة الحديثة.
- ١١ - مدرسة (أوتورانك) التحليليّة الحديثة.
- ١٢ - مدرسة (إيريك فرام) السيسيوسيكولوجية.
- ١٣ - مدرسة (هاري سوليفان).
- ١٤ - جماعة (لندن) التحليليون.
- ١٥ - جماعة (شيكاغو) التحليليون.
- ١٦ - المدرسة الوجودية في الأمراض العقلية والنفسيّة.
- ١٧ - مدرسة (ماسلو) للهياراكي الإنساني.
- ١٨ - المدرسة الراجرية في التمركز حول العميل.
- ١٩ - مدرسة الطبيب الإسكندر.
- ٢٠ - مدرسة الأبعاد المتعددة والتكامل الشمولي.

- عصر السباق النووي والقلق والإيدز

- [بال تيليش/ باولو فريري/ الدكتور ريز، ومؤتمر الصحة العقلية في برشلونة/ المعهد الاستراتيجي الدولي بلندن/ مدام هورني/ فيلكس ـ وكريمر/ غولدهامر/ ومارشال ـ نورمان كاميرون].

الفصل الأول

تطور الطب النفسي والمساهمات العربية الاسلامية

Historical, Islamic, and Modern Contributions to Psychiatry

يتناول هذه الفصل [ثلاث دعامات رئيسية] هي:

[١ -] التطور التاريخي للطب النفسي.
[٢ -] المساهمات العربية الرائدة في الطب والعلاج النفسي.
[٣ -] الاتجاهات الحديثة.

[١ -] التطور التاريخي للطب النفسي:

لقد شغل الإنسان منذ فتح عينيه في هذا الوجود [مشكلة الصحة النفسية والعقلية] كما شغله التفكير في **الغذاء والماء واللباس والمسكن والدواء**، وتشير الدراسات الإركيولوجيّة (الأثرية) الحديثة بأن الحفريات الأثرية تؤكد بأن (بعض الأمراض العقلية) كانت معروفة منذ العصر الحجري ومنذ (٥٠٠٠)ق.م. (فالبابليون والمصريون القدماء) استطاعوا التمييز بين (الشيخوخة) وما يتخللها من اضطرابات مزاجية وذهنية وبين الاكتئاب ومستوياته وربطوا هذه المظاهر بالإثم والروح الشريرة. ويمكن

المصريون من العلاج في المعابد والإيحاء والتسلية. واقترح (الصينيون) عام (٢٦٠٠) ق.م. تقويم الأفكار وتبديل البيئة للمريض وتغيير الهوايات وسار مثلهم الهنود واليونان. ويعتبر (بيثاغوراس وهيبوقراط) Pythagoras and Hippocrates من أعمدة (المذهب الطبيعي في الطب) عام (٥٠٠ ق.م) واعتبروا (الصَرع) Epilepsy مرضاً طبيعياً يرتبط بالأمزجة والطباع؛ وصنفوا الأمراض إلى الجنون والميلانخوليا والتهابات المخ الهذائية. وآمن (جالينوس Galen) سنة ٢٠٠ م بأهمية الجهاز العصبي والتشريح وارتباطها بنظرية الأخلاط التي تمثل السوائل الجسمية وتؤدي إلى المرض العقلي. وكان الطبيب (سيلوس) في عهد (الرومان) ممن وضعوا أوصافاً سريرية هامة للأمراض ولكن وسائله الجسمية في العلاج كانت شديدة كالجلد والسياط والضرب والتعذيب، أما (سورانس) فقد وصف حالات المخاوف المرضية الشديدة وأعتقد أن (الهستريا) أو (الرحام) ينجم عن تجوال الرحم. وعارض استنزاف دماء المرضى وعزلهم في الزنزانات كما كان شائعاً.

وعلى ضوء (التمهيد السابق) نستطيع أن نقسم مراحل تطور الطب النفسي عبر العصور إلى (خمس مراحل متميِّزة) وهي:

[١ -] **المرحلة السحرية**: (الشعوب القديمة).

[٢ -] **المرحلة الطبيعية - الطبية**: (اليونان).

[٣ -] **العصر الأوربي الوسيط**: (المرحلة الكنائسية).

[٤ -] **العصر الإسلامي الذهبي**: (العطاء الحضاري).

[٥ -] **العصر الحديث**: (عصر القلق والصراع النووي).

[١ -] **المرحلة السحرية: Magic Stage**

في هذه المرحلة التي سادت لدى الشعوب القديمة؛ اعتبرت (الأرواح الشريرة) والجن المحبوسة داخل الإنسان هي المسؤولة عن المرض العقلي والنفسي؛ ولهذا لا بد من علاجها بإخراجها من الجسد الذي توجد به أيضاً (أرواح خيِّرة) وقد استخدم البابليون والآشوريون

والهنود والمصريون وغيرهم من القدماء (أساليب السحر) والتعاويذ والشعوذة والطقوس والطلاسم الكهنوتية والنار والبخور لطرد الأرواح الشريرة بجانب بعض الطرق البدائية التي سبق الإشارة إليها.

[٢ -] المرحلة الطبيعيّة - الطبيّة (اليونان)

أ - يعتبر (جالينوس) و (هيبوقراط) من ألمع الأطباء اليونان الذين درسوا ووصفوا (مرض الصَرَع) وأطلقوا عليه اسم (المرض المقدس) وأسسوا (الاتجاه العضوي الطبي) في تفسير (المرض العقلي والنفسي). واعتبروا (الصَرع) بأنه رأس العلل، وذكر (هيبوقراط) أنه يوجد في الجسم أخلاط وعرق ذو رائحة داخل الدماغ والصرع هو سبب السلوك الشاذ للمرضى.

ب - أكد معظم اليونان بأنه (لا علاقة للجن أو الأرواح الشريرة) في الاضطرابات العقلية والنفسية وأن المسؤول عن ذلك هي (الاختلالات - الوظائفية الجسمية): Functional Physical Disorders.

[٣ -] مرحلة العصر الأوربي الوسيط (المرحلة الكنائسية):

أ - ساءت حالة مرضى العقول جداً في هذه المرحلة واعتمدت الكنيسة (The Church) على عزلهم واستخدمت المشروبات السحرية كأسلوب (ثيولوجي - ديني): Theological Method لطرد العفاريت وقوى الشيطان الخفية؛ كما استخدمت (الوخز بالسكاكين) والأدوات الجارحة لمناطق جلدية خاصة ومطارق السحرة لتخليص الجسد من الجن والأرواح الشريرة[1].

---

(١) راجع: شيلدون كاشدان: علم نفس الشواذ (ص ٣٦) ترجمة: د. أحمد سلامة.

ب ـ تم على أيدي رجال الدين (الإكليروس) في العصر الكهنوتي الوسيط قتل ١٠,٠٠٠ من مرضى العقول بفرنسا بفترة قصيرة أيام حكم (فرنسيس الأول) خلال ثلاثة أشهر عام ١٥١٥، لعدم وجود أماكن أو مصحات تأويهم، واعتبارهم (شرّاً) لا بد من استئصاله لتوفير (السجون) التي كانت المكان الوحيد لتجميعهم[١].

جـ ـ اندلعت في أجساد (المرضى العقليين) حرائق عديدة كان أخطرها وأشهرها حريق ١٨١٤ في مستشفى يورك بلندن: At York Hospital in London والذي ذهب ضحيّته آلاف المرضى العقليين مما دعى أحد مؤسسي الملجأ وهو (صموئيل تيوك: S. Tuke) لإجراء تحقيق سريع ورد في الفقرات الأخيرة فيه ما يلي:

«... الملجأ ليس فيه أية نوافذ للهواء في الغرف، ما عدا غرف الأغنياء؛ أما غرف الرجال فقد حوّلت إلى عنبر واحد كبير، وقد تجد في ركن واحد مائة مخلوق، وقد حشروا حشراً، لا يوجد أية عنايةٌ بنظافة المكان وهناك إهمال تام للترويح، وتجديد الهواء معدوم، أما الدهاليز الأخرى فهي أسوأ حالاً والدور الأرضي محاط كالسجن بأسياخ من حديد»[٢].

وكتب الطبيب الفرنسي (إسكيرول Esquirol) تقريراً عن ظروف ملاجيء مرضى العقول، وكان مِمّا ذكره:

---

(١) راجع: د. مصطفى فهمي: علم النفس الإكلينيكي ص (٧ ـ ٨) مكتبة مصر ـ القاهرة/ ١٩٦٧/.

(٢) نفس المرجع السابق.

ـ راجع أيضاً: زيجريد هونكيه: [شمس العرب تسطع على الغرب] ص ٣٠٥ ـ ص ٤٢٣.

(منشورات المكتب التجاري/ بيروت/ ترجمة: فاروق بيضون/ كمال الدسوقي.

«. . . لقد رأيتهم - أي المجانين - عرايا، أو تغطّي أجسادهم الخرق البالية. . . ينامون على أكوام من القش لكي تقيهم من برودة بلاط هذه الغرف الرطبة. . . وكانوا محرومين من الهواء النقي والماء الذي يروي ظمأهم؛ بل إنهم قد حرموا من أشد الأشياء ضرورةً للحياة».

د - تغلغلت إلى التعاليم الكنائسية العقائد الخاصة بالبحث عن (ماهية الشيطان) وجاءت إليها من (جذور يهودية وفارسيّة)؛ وحدث نوع من الاختلاط بين المرض العقلي والانحراف الأخلاقي، واعتبر المرض العقلي (عقاباً للخطيئة) التي تنتج عن خضوع الإنسان العاقل لقوى الشهوة والعاطفة؛ وأصبح العلاج يتجه نحو تخليص الإنسان من قوى الشر والشهوة والشياطين ولم يكن الربط للمرضى بالسلاسل والتجويع والضرب والقسوة إلا طرقاً من طرق العلاج للأمراض العقلية في تلك الحقبة المظلمة من التاريخ.

[٢ -] المساهمات العربية الإسلامية الرائدة في الطب والعلاج النفسي:

لم يعد غريباً أن يطمس مئات من الغربيين الصفحات المشرقة التي أثبتت (الإنجازات العملية للأطباء والعلماء المسلمين) في مجالات التشخيص والعلاج، ولكن الغريب حقاً أن يسقط بنفس الحفرة كثيرون من - أدعياء العلم - العرب فيتنكروا لتاريخهم وحضارتهم ولا يشيرون في مؤلفاتهم أو بحوثهم إلى شيء من ذلك الرصيد الحضاري الذين يتمثل (بخمس وأربعين مؤلفاً حديثاً) أثبتناه في نهاية هذا الفصل لأولئك الذين يرغبون في إدراك (الحقيقة الموضوعية العلمية) على لسان علماء أجانب وعرب لتكون فيها العبرة والدرس والبرهان، وما يزيد على (٦٠٠) طبيب وعالم عربي.

وفي العالم الغربي يوجد (عقوق فاجع) ويوجد إنصاف عادل ومن أبرز المنصفين [آرنولد توانبي/ توماس كارليل/ غوستاف لوبون/ إرنست رينان/ ليبرتيني/ مدام زجريد هونكيه/ وعشرات آخرون؛ ممن تحدثوا عن مساهمات [ابن سينا؛ والكندي؛ وأبو بكر الرازي؛ وابن حزم، وابن القيم، والفارابي، والغزالي، وابن رشد وابن سيرين، وأبو القاسم الزهراوي، وابن النفيس الدمشقي، وضياء الدين البيطار من مصر، وسمحون بن سمحون في الأندلس، وابن الجزار من أهل القيروان، وابن الشبل البغدادي، وابن الطيب من بغداد، وابن الذهبي من الأندلس، وابن عكاشة من بغداد، وابن ماسويه في عهد الرشيد والمأمون، وابن جلجل من قرطبة، وابن وصيف البغدادي وابن زهر، والكتاني؛ وابن صغير، وابن البيطار، ويحيى بن اسحاق؛ ويونس كمال الدين؛ وأبو الفرج اليمامي؛ وأبو نظيف؛ وأبو الوفاء محمد، ومحمد بن اسماعيل القاهري، وسعيد هبة الله؛ وأبو سهل النيلي، وابن المنذر، وابراهيم النبراوي، والنضير بن الحارث الثقفي، ونفيس بن عوض، ويحيى النحوي، وموسى بن اشكر، وأبو الحجاج موراطير؛ وموسى بن عسلي؛ وميمون بن أبو عمران؛ ومحمد بن قدامة المقدسي الحنبلي؛ ومروان بن جناح؛ وكمال الدين بن يونس، وسهل بن سابور؛ ولقمان الحكيم؛ وكعيبة بنت سعد الأسلمية وجمال الدين أبو الحسن القفطي؛ وجبرائيل الكحّال، وأبو الحكم الكرماني، وثابت بن قُرَّة الحرَّاني؛ وزكريا القزويني، وأبو الوليد الكتاني، ويوسف بن عمر الغساني، وجعفر بن السيد الغافقي، وابن فزارون؛ وأبو عثمان بن عبد ربه؛ وعطيّة الأنصاري؛ وعمار الموصلّي؛ وناصر الدين الطوسي.[١] وابن طفيل الأندلسي، ومئات آخرون][٢].

---

(١) راجع قاموس الأب يوسف معلوف (بيروت ـ لبنان). وراجع: د. شوكت الشطي (الإسلام والطب) ص: ٢٨٧ ـ ٣٣٩.

(٢) راجع: د. شوكت موفق الشطي: (الطب في الإسلام والطب) /١٩٦٠/ مطبوعات جامعة دمشق (ص ٢٨٧ ـ ص ٣٣٩).

وتؤكد (المستشرقة الألمانية زجريد هونكية) السمة المنهجيّة التي قدّمتها الحضارة الإسلامية إلى الحضارة العربية فتقول:

«إن أهم ما قدمته الحضارة الإسلامية إلى الفكر الغربي هو ـ المنهج التجريبي ـ الذي يخضع كل الظواهر للنظر العقلي»[1].

وإذا كان من ـ المستحيل ـ حصر الأسس العامة للمساهمات العربية الإسلامية في ميدان التشخيص والعلاج فإننا سنكتفي ببعض (النماذج والأمثلة) واستعراض (السمات العامة) التي من شأنها أن تضع أمام ـ كل ذي عينين وبصيرة ـ الملامح الرائدة التي تدعونا لمواصلة الجهد ومتابعة السعي لبعث ذلك التراث الخالد وإحيائه وتجديده.

السمات العامة للمساهمات العربية والإسلامية:

أ ـ تعتبر (الإنجازات العربية الإسلامية) حدّاً فاصلاً بين الاعتماد على المنهج التيولوجي ـ الديني، والمنهج التجريبي في العلوم عامة وفي الطب البشري والنفسي بشكل خاص؛ والذي فتح أمام (النهضة الأوربية) الطريق نحو التقدم والانتشار، وقد أكد ذلك (الدكتور كويلر يونغ) أستاذ العلاقات الأجنبية في جامعة برنستون في مؤتمر الثقافة الإسلامية الذي انعقد في واشنطن عام ١٩٥٣ برعاية (مكتبة الكونغرس) و (جامعة برنستون):

«إن كل الشواهد تؤكد أن العلم الغربي مدين بوجوده إلى الثقافة العربية الإسلامية، كما وأن المنهج العلمي الحديث القائم على البحث والملاحظة والتجربة والذي أخذ به علماء أوروبا إنما كان نتاج اتصال العلماء الأوروبيين بالعالم

---

(١) راجع: د. فهمي هويدي: القرآن والسلطان ـ دار الشروق (١٩٨٢) ط ٢ ص ٤٨.
راجع أيضاً: زيجريد هونكه: شمس العرب تسطع على الغرب: لبنان ـ المكتب التجاري.

الإسلامي عن طريق دولة العرب في الأندلس ويضيف قائلاً: «... وإن هذا الاعتراف التاريخي بالتراث الثقافي والعلمي الذي ندين به للإسلام، منذ أن كنا - نحن المسيحيين - داخل هذه السنوات الألف نسافر إلى العواصم الإسلامية؛ وإلى المعلمين المسلمين ندرس عليهم العلوم والفنون؛ وشتى فروع المعرفة الإنسانية... ولن نتجاوز حدود العدالة إذا نحن أدينا ما علينا بربحه، وسوف لن نكون مسيحيين حقاً إذا نحن تناسينا شروط التبادل الحضاري وأعطينا الآخرين في حب واعتراف بالجميل..»(١).

ب - لقد وصل العرب في عملهم الطبي إلى حد عجيب من التخصص Specialization فكان فيهم (الكاشف أي المشخص)؛ Diagnostician و (الآسي أي المعالج) Therapist و (الجرّاح أي طبيب العمليّات): Surgion والطبيب المتخصص بالأمراض النسائية والولادة: Gynecology and Obstetrics أما (طريقة الفحص الطبي) عند العرب فقد ارتفعت إلى أرقى أساليب الفحص الطبي الحديث؛ فكان الطبيب يجس النبض؛ ويقوم بتحليل البول والدم لكشف العناصر الغريبة فيهما: Pulse Test, Urine, and Blood Analysis ويتتبع تاريخ المرض: Case History + Case Study والعلل والأسباب التي انتابت المريض في حياته: The Causation ويهتم بمعرفة الأصول الصحيّة بين أفراد أسرته وعاداته وطرق معيشته ومناخ البلد التي يقيم فيها؛ ويفحص لون الجلد وملحمة العينين وحالة التنفس(٢).

---

(١) راجع: الثقافة الإسلامية والحياة المعاصرة ص ٢٥٧ مجموعات محاضرات مؤتمر الثقافة الإسلامية في واشنطن: /١٩٥٣/.

(٢) راجع: د. عبد اللطيف البدري [الطب عند العرب] ص ١٢ - ١٥.

وراجع: د. أحمد علي الملا [أثر العلماء المسلمين في الحضارة الأوروبية] ص ١٣٤.

- [العلاج الجسمي عند المسلمين لا ينفصل مطلقاً عن العلاج النفسي].

جـ - يشير الدكتور زكريا هاشم زكريا في كتابه: [فضل الحضارة العربية الإسلامية على العالم ص ٤٠٦] بأن الأطباء العرب كانوا في مقدّمة من ابتكر مبادىء (التشخيص التفريقي) فها هو (ابن سينا) في قانونه الطبي يفرّق بدقّة متناهية بين التهاب الحجاب الفاصل بين الرئتين، وبين ذات الجنب؛ وتحدث عن عدوى السل وقال بانتشار الأمراض المعدية بواسطة الماء والتراب أيضاً وعرّف ابن سينا التهاب السحايا، والالتهابات المختلفة في الصدر، وخرّاج الكبد؛ ووصف اليرقان بوضوح، والسكتة الدماغية التي تُحدث الموت المفاجىء؛ وعرف العقاقير التي تنشط القلب؛ وتكلم عن الآلام العصبية وكان المؤسس الأول للطب السيكوسوماتي الذي يرى وراء كل علة جسمية عضوية أسباباً ومؤثرات نفسانيّة وقد طبق في معالجاته مبادىء وأساليب هذا الطب.

د - كان «(أبو القاسم الزهراوي) مؤسس علم الجراحة باعتراف الطبيب الجراح (هالّير): Haller وبقي كتابه [التصريف لمن عجز عن التأليف] و [الفصل الثلاثون] فيه مصدراً رئيسياً في جميع أنحاء أوروبا للجراحين والمعالجين. وأعيدت طباعته باللاتينية عام ١٤٩٧ م وفيه (٢١) جزءاً وفيه ما يزيد على (٢٠٠) شكل للأدوات الجراحية؛ وذكرت (دائرة المعارف البريطانية) بأن الزهراوي أول من وفق لربط الشرايين لمنع النزيف Bleeding Control؛ ويعتبر (أبو القاسم القرطبي) خليفة الزهراوي الذي كان بارعاً في تشريح الأجسام واستخدام (القوابض/ والكي) وكان صيدلياً من الطراز الأول.

هـ - يسمّي (غوستاف لوبون) الطبيب المسلم أبو بكر الرازي (بجالينوس العرب) وقد كان مديراً لمستشفى الري ومستشفى بغداد وقد كان أول من استخدم الأوتار لخياطة الجروح الباطنية وكتابه (الحاوي) كان أحد المصادر العظيمة في الطب والجراحة لمئات السنين في أوروبا وقد كان من أبرز بحوثه ومكتشفاته (أمراض الرأس، والسكتة،

والفالج، والأمراض العصبية والصرع، والكزاز والتشنج) وكان دقيقاً في وصف أعراض كل مرض وتشخيصه ثم علاجه. ويعتبر كتاب الرازي في [الجدري والحصبة] من الكتب الطبيّة المدهشة الذي طبع في اللغة الانجليزية [٤٠] طبعة بين (١٠٧٨ ـ ١٨٦٦ م) وانتشر بين جميع الأطباء في ما يزيد على (٥٥) بلداً[1].

وقد أحدثت (جامعة برنستون) الأمريكية قسماً لدراسة التراث الإسلامي في الطب والعلوم وأطلقت على قاعة المخطوطات اسم (أبو بكر الرازي) لترجمة آثاره ومؤلفات المسلمين إلى اللغة الانجليزية ورصدت لذلك ميزانية كبيرة. وقد ذكر (توماس كارليل) بأن الرازي وجابر بن حيان هما مؤسسا الكيمياء المعاصرة في الشرق والغرب معاً. ويعتبر الرازي أول من أحدث إثارة تفاعل كيميائي في جسم المريض لدراسة الاستجابات ورُدود الأفعال وهذا أحدث ما تقوم به المختبرات النفسية والطبية في القرن الحادي والعشرين ومن المدهش أن نقرأ في مؤلفات الرازي تقسيمه المواد إلى (مواد معدنية/ مواد نباتية/ مواد حيوانية/ مواد مشتقّة).

و ـ يقرر الأستاذ (جورج سارتون) بأن الطبيب المسلم (ابن النفيس الدمشقي) هو أول من وصف (الدورة الدموية) قبل أن يكتشفها (سرفينوس) البرتغالي بـ (٣٠٠) سنة وقبل الطبيب الانجليزي (وليام هارفي) الذي نسب إليه اكتشاف الدورة الدموية، وقد قرر (ابن النفيس) في بحوثه التجريبية الرائدة بأن الدم ليس سائلاً مستقراً في الأوردة والشرايين بل هو سائل متحرك يدور في جميع أنحاء الجسم.

ز ـ ساهمت (المرأة العربية) المسلمة في ميدان التشخيص والتمريض

---

(١) راجع: د. أحمد علي الملا: أثر العلماء المسلمين في الحضارة الأوروبية ـ دار الفكر ص ١٣٨.

والعلاج وقام على سواعدها أول (فريق للعلاج المتحرك Mobile Treatment) الذي تستعمله الدول المعاصرة للحوادث في البواخر؛ والطائرات المروحيّة للأماكن النائية والتحرُّكات الميدانيّة. فهذه (رفيدة) وكانت متميزة في الجراحة تجوب في الغزوات بين الخيام وقد استخدمها الرسول حين أصيب سعد بن معاذ. وهناك (أم عطية الأنصارية) وهي من الطبيبات الجرّاحات و(كعيبة بنت سعد الأسلمية) وهي من المعدودات بين طبيبات العرب و(خمنة) وكانت تحمل الجرحى (بالحمّالات) التي تستخدمها الآن أحدث المشافي.

وهناك (أمية بنت قيس الغفارية) وكانت تطبب الجرحى وهي في العشرين من العمر وزينب بنت أود وأم عَبْس وأم سليم، وأم سنان، وأم أيمن، وربيعة بنت معاذ وميمونة بنت الحارث وعشرات غيرهن. وكان (الإيمان) في نفوسهن هو (المحرّك الأساسي) في عملهن، وتعتبر (نسيبة بنت كعب المازنية) مثلاً مدهشاً للطبيبة التي (تعالج وتُجاهِدْ)؛ وقد اشتركت في (غزوة بدر وغزوة أُحد) ومعها زوجها وولداها؛ وفي لحظة انكشاف المسلمين هرب الجنود وثبت في المعركة عشرة أفراد أحاطوا بالرسول ليدافعوا عنه؛ وهنا امتشقت (نسيبة) سيفها واحتملت قوسها وصالت وجالت وكانت لا ترى الخطر يدنو من الرسول حتى تكون سداد، قال فيها عليه السلام ما التفتُّ يميناً وشمالاً إلا وأنا أراها تقاتل دوني، ولما انجلى الموقف، سألوا عن (نسيبة) فإذا هي ملقاة على الأرض تتضرّج بدمها من سهام وجرحٍ بليغ وانطلقت (أم أيمن) فضمّدت لها جرحها وسقتها الماء وبرئت (نسيبة) فقامت تقاتل من جديد حتى قتلت قاتل ابنها وبترت ساقه وأصيبت في ذلك اليوم بثلاثة عشر جرحاً ومع ذلك كانت تنقضُّ بين الصفوف كالصاعقة تضرب العدو بدافع الإيمان الجوهري.

ح - يعتبر العلماء المسلمون أول من قام (بتقسيم وتصنيف) الأمراض ونوعيات السلوك Classification of Illnesses حسب المصدر والنوع

والدرجة وقد اقتبس ذلك عنهم (كريبلين) وغيره بعد قرون من الزمن.
ويعتبر (ابن سينا) Avicenna في مقدمة الأطباء والجراحين والنفسانيين ورغم إجادته [**اللغات العربية و العبرية و التركية و الكردية و الفارسية و اليونانية و اللاتينية**] وهي لغات عصره الرئيسة السبع فقد كان حوله (٦٠٠) طبيب وقام بتدريب (٣٠٠٠) آخرين، واكتشف (العامل النفسي): Psychological Cause في الأمراض وأكّد عليه. ويذكر الدكتور فخري الدباغ أستاذ الطب النفسي في جامعة الموصل بالعراق في كتابه: [أصول الطب النفساني] بأن ابن سينا وصف الكآبة والقلق والميلانخوليا ووصف الميول الانتحارية والانفعالات وتأثيرها على الجسم وعلاقتها بالتغيرات الجسمية كنبضات القلق؛ وقصة الأمير العاشق ومرضه النفسي في (جهار مقال) تبين العلاقة الراسخة بين المرض النفسي والعضوي وكيف نجح ابن سينا في تشخيصها وعلاجها. وتحدث ابن سينا عن (دور الوراثة ومؤثراتها): Hereditary Factors.

وأكد أيضاً (تأثير البيئة) في إحداث المرض: Environmental Conditions وبذلك جمع بين (المدرستين الرئيسيتين) للطب النفسي الحديث دون الوقوع في جزئية النظرية وبذلك كان اتجاهه كمعظم الأطباء المسلمين نظرة شمولية متكاملة تحيط بفعاليات الإنسان ككل وترى السلوك ديناميات متفاعلة متعددة الأبعاد والمصادر وسبق بذلك (الجشتالت).
The Whole Man Approach, Comprehensive, and Totality in Diagnosis and Therapy.

كما أكد قبل (شرينجتون/ وهيب) العلاقة الوثيقة بين الخلل الدماغي والعصبي من ناحية وبين المرض العقلي والاضطرابات النفسية؛ وطبق (الجراحة النفسية) Psycho-Surgery مع المرضى العقليين؛ واستخدم (التحليل النفسي) وأسلوب (التداعي الحر) قبل فرويد؛ وعالج مشاكل الجنس بالزواج: .Psycho - Analysis and Free Association

وفي عصر ابن سينا [٩٨٠ م - ١٠٣٨ م - ٣٨٠ هـ] انتشرت (المصحات العقلية والمشافي) في شتى المقاطعات والمناطق. واستخدم ابن سينا العلاج الدوائي والحمامات والاسترخاء والموسيقى ونصح (بتغيير بيئة المريض وعمله).

ويعتبر كتابه (الشفاء) الموسوعة العلميةالمدهشة التي ضمّت (٢٣) مجلداً ضخماً في الطب والطبيعيات والمنطق والرياضيات، وكان من أبرز تلاميذه الطبيب ابن النفيس مكتشف الدورة الدموية ومن أشهر المعجبين به (روجر بيكون ١٢٩٤ م، والبير الكبير، والقديس توماس الإكويني، ودانيس إسكوت ١٣٠٨ م وجلسون Gilson وديكارت وباسكال واسبينوزا، وليبتنز) وتأثروا به في مؤلفاتهم وتحاور بعضهم معه. ورفعت جامعة اكسفورد في بريطانيا (صورة ابن سينا) بجانب (أرسطو/ وأفلاطون) على أحد جدرانها البارزة وقاعاتها العلمية، وأقام الاتحاد السوفييتي مركزاً للبحوث وقاعة ومختبراً علمياً باسمه تقديراً لعبقرية هذا الرجل الموسوعي.

أما كتابه (القانون في الطب) فقد اشتمل على (خمسة مجلدات أوّلها في كلّيات الطب وثانيها في التصنيفات وقوانين العلاج، وثالثها: في الأدوية والأمراض العضوية ورابعها: في الحمّيات والأورام والكسور والبثور، وخامسها: في الأدوية المركبة والكيمياويات ونظام الحجر الصحّي.

ويؤكد الطبيب (أوسلر Osler) بأن قانون ابن سينا في الطب بقي بعد ترجمته إلى اللغة اللاتينية المصدر العلمي الوحيد لمدارس أوروبا طيلة ستة قرون أي ما يزيد على (٦٠٠) سنة.

ويشير الأستاذ (فارمار: Farmer) بأن ابن سينا أول من نظم صورة لعلم الانسجام والموسيقى القياسية التي تركت أصولها (الترتيل الغريغوري) ويؤكد (كرومبي) Crombie بأن ابن سينا والفارابي وغيرهما من المسلمين قدموا الموسيقى كأسلوب علاجي مؤثر وانتقل منهم إلى الغرب. وأكد

(روجر بيكون: R. Bacon) أن ابن سينا هو صاحب الفضل الأول في الاهتمام بقيمة الموسيقى (العلاجية) وقدرتها على إعداد النفس لتقبل الحكمة والاعتدال كأساس للشفاء.

ويشير (الدكتور الأب جورج شحاته قنواتي) مدير معهد الدراسات[1] الشرقية بالقاهرة أن (ابن سينا) اتسم بثلاث مزايا فائقة هي:

١ ـ قوة الملاحظة.
٢ ـ مقدرة التجريب ونزعته العلمية للاستقراء.
٣ ـ التخلّي عن الأحكام السابقة والالتزام بنتائج العلم والبحث الجديد.

وقد فرّق بين (١٥) نوعاً من الألم: Fifteen Kinds of Pain[2] [الحكاك ـ الخشن ـ الناخس ـ الضاغط ـ الممدد ـ المفسخ ـ المكسر ـ الرخو ـ الثاقب ـ المسلي ـ الخدر ـ العزباني ـ الثقيل ـ الإعيائي ـ اللاذع] وترك (الطبيب الماهر) يشخص تشخيصاً تفريقياً دقيقاً بينها بخبرته وحسن تدريبه. واهتم بالتقنين الغذائي (الحمِيّة)؛ واكتشف طبيعة السل المُعدية واعتبر (الرياضة) ركناً هاماً في الشفاء والسلامة. وحذّر من ازدياد استعمال الأدوية والاعتماد عليها فكان بذلك أول من نبّه إلى: (محذورات ردود الأفعال الدوائية ومؤثراتها الجانبيّة): The Side Effects of Drugs. ويتحدث (روجيه دي سالير نـو/ ورولان دي بارم) Roger de Salerno, Roland de Parme من مدرسة (ساليرنو) بأن (قانون ابن سينـا) ساهم بتأسيس (التخصُّص الجراحي) Surgery وخلال (٣٠) سنة فقط من انتشاره (٦٠٠) سنة تجدّدت عدد طبعاته التي نفدت (١٥) مرة وارتفعت إلى (٢٠) طبعة تناولت الطاعون الدُّملي والرمد العيني والسل والحمى الوبائية والجذام والجرب والدفتيريا والكَلَبْ ومرض السكر والنقرس والسرطان والصَرع

---

(١) راجع (الذكر الألفية لمولد ابن سينا) ـ ١٩٨٠ دمشق [المجلس الأعلى للعلوم]: (ص ٦٥ ـ ص ٧٥).
(٢) المرجع السابق نفسه (ص ٥٤ ـ ص ٧٢).

والهستريا والقروح المتعفنة والجدري والبرص والنقرس والأمراض الجنسية والأمراض الرئوية[١].

وقد أكد (ابن سينا) قبل (نظرية جالينوس وهارفي) بوجود صلة بين نظام الأوردة ونظام الشرايين في الدورة الدموية بواسطة نوافذ كان يفرض أنها تمر عبر الحاجز الناشب في البطين وبذلك فتح أمام (ابن النفيس) الذي تتلمذ على (ابن سينا) الطريق لاكتشاف الحركة الدموية الصغرى والكبرى وهو يشرح قانون ابن سينا بإسهاب وابتكار. أما (نظرية الإبصار) عند ابن سينا وماهية الرؤية (فيزيولوجياً وسيكولوجياً) فإن [الأب الدكتور جورج قنواتي] يرى أن (كتاب النفس لابن سينا قد قدّم مصدراً علمياً مدهشاً لكلٍّ من [روبير جروستيت/ وروجر بيكون] في هذا المجال: Robert Grosseteste and Roger Bacon.

ويشير (الدكتور عزة مريدن) أستاذ الطب البشري بجامعة دمشق[٢] بأن حياة ابن سينا سلسلة من صراع سياسي وعلمي عجيب فقد حفظ القرآن الكريم وهو في العاشرة وكان في مجالس الملوك والأمراء وهو في العشرين ودخل السجن وألّف فيه [كتاب الهداية، وحي بن يقظان، والقولنج، وجزء الموسيقي في كتاب الشفاء] وقدّم له الملك شمس الدين (منصب الوزارة). وتعتبر كتاباته في (الطب الوقائي): Preventive Medicine من أعظم إنتاجاته المتميّزة[٣].

ويضيف الدكتور عزة مريدن قائلاً بنفس المرجع السابق:

«... إن ابن سينا موسوعة كاملة من المعرفة والعلوم؛ ورغم

---

(١) راجع (الذكرى الألفية لمولد ابن سينا) ١٩٨٠ ـ دمشق (المجلس الأعلى للعلوم): ص ٧٦ ـ ٨٦.

(٢) راجع (الذكرى الألفية لمولد ابن سينا) ـ ١٩٨٠ ـ دمشق [المجلس الأعلى للعلوم] ص ٨٠.

(٣) نفس المرجع السابق: ص ٩٨ ـ ص ١٠٢.

أنه لم يعمّر أكثر من (٥٨) سنة لكن مؤلفاته العلمية زادت على (٢٠٠) مؤلفاً، [ص ١٠١]؛ وقد أفقدت حوادث الأيام الكثير من آثاره ومؤلفاته؛ ولكن لا تخلو مكتبة أجنبية عالمية من بعض آثاره مثل مكتبات استوكهولم وبرنستون وكولومبيا واكسفورد وكامبردج وموسكو وميونيخ واستانبول والقاهرة ودمشق وبغداد وسمرقند وبخاري وغيرها. . . ومع ذلك فقد تقلّد الرجل (منصب الوزارة) مرّتين، وإدارة المستشفيات والمشافي مراتٍ عديدة».

أما (الدكتور سليم عمّار) أستاذ الطب بجامعة دمشق فيرى أن مؤلفات ابن سينا قد زادت على (٢٧٠) مؤلفاً وقد اعترف (دانتي اليغاري/ وجورج سارتون) Dante Alighieri and George Sarton بأن (قانون ابن سينا) كان الإنجيل الطبي الفريد في أوروبا لأطول فترة من الزمن وقد تمكن ابن سينا أن يصبح طبيباً في السابعة عشرة من عمره وأن يتقن علوم عصره في الثامنة عشرة من عمره وكان عازفاً على العود وموسيقياً بارعاً وباحثاً غارقاً على ضوء الشمعة في العلم والكُتب، وبجانب اهتمامه بالعلاج النفسي والتحليل فقد اهتم بالرياضة والاستحمام والاسترخاء والمسّاجات الجسدية (العلاج الفيزيائي الحديث)؛ رابطاً بين الأمراض والفعاليات العصبية.

ويحدّد (الدكتور نشأة الحمارنة) أستاذ الأمراض العينية بجامعة دمشق مظهرين بارزين عند ابن سينا وهما:

١ ـ أصالة آرائه، ودقة ملاحظاته السريريّة وعمق تفهمه للنظريات الطبية في عصره، ومقدرته على شرحها في مؤلفاته وما أتى به من جديد في عالم الطب ممارسةً وتأليفاً.

٢ ـ تأثيره في من جاء بعده من الأطباء والمؤلفين سواءٌ في الشرق الإسلامي أو في الغرب اللاتيني [ص ١٩٨].

أما (الدكتور فيصل دبدوب) من مجمع اللغة العربية بدمشق فيقول:

لقد قدّم ابن سينا رأياً مبتكراً (في العقم) لم يسبقه إليه أحد

حين ذكر بأنه: لو بدّل أحد طرفي الزواج صاحبه بآخر لبطل العقم وكان الولد، ويعتبر ابن سينا مؤسساً (للتشخيص التفريقي): Deferential Diagnosis وظهر ذلك في تمييزه بين الهستريا والصرع والهوس والاضطراب العاطفي والإجهاد العصبي. ووصفه للداء الحنطي وعدوى الأمراض بالهواء والماء والتراب [ص ٢٦٦] والملامسة والملابس والباكتيريا والديدان المعوية وعوارضها والدودة الخيطيَّة في الجسم وغيرها. . وليس غريباً أن يبقى قانون ابن سينا [ص ٢٦٦] باعتراف (لوبون) يدرّس في كثير من جامعات أوروبا وبشكل خاص (جامعة بروكسل) حتى أواخر عام ١٩٠٩ من هذا القرن.

ط - يعتبر [الرازي] بعد ابن سينا، واحداً من أشهر الأطباء المتميّزين (٨٦٥ - ٩٢٥ م) ورئيساً لأطباء بيمارستان الرشيد ببغداد: Al- Rhazes وقد كان جرّاحاً ونفسانياً وطبيباً وهو أول من خرج على القواعد اليونانية في إعادة المرض إلى العناصر والأمزجة والأخلاط والطبائع فالسببية: Causation في أي مرض كانت الشغل الشاغل للرازي ولهذا فكتابه: (الجدري والحصبة) يمثل هذا الاتجاه الذي يعيد المرض إلى تأثير عامل (بكتريولوجي / جرثومي) وشبّه ما يحدث في الدم من تأثير بكتريا الجدري يشبه ما يحدث عند تحول الخمر إلى خل. ووصف الجدري بأعراضه السريريّة بشكل دقيق وشخّصه (تشخيصاً تفريقياً) مميزاً بينه وبين الحصبة، ومرض (السرسام - التعفّن: Meningitis) والرازي طبّق أحدث أسلوب تجريبي في تجاربه في دراساته وعلاجه لمرض التعفّن فقسّم المرضى إلى (مجموعتين: ضابطة/ وتجريبيّة): Control and Experimental لتحقيق المقارنات والمؤثرات والاستنتاجات وهذا أحدث ما تسير عليها مختبرات العلم المعاصر في العالم. ويعتبر الرازي في نظر المؤرخين للطب مؤسساً لعلم النفس التجريبي في تطبيقه التجارب على الحيوانات قبل الإنسان وبشكل مُحدّد على (القرود) للوصول إلى ردود أفعال واستجابات معيّنة وبذلك سبق المدرسة السوفييتية (الرفلكس وتجارب

الإشراط والانعكاس) عند (بافلوف وريمونوف) وكذلك (واطسون) والسلوكيين المحدثين؛ وقد سجلت له جامعة برنستون في صدر كنيستها صورة تاريخية كتبت عليها [الرازي أول مؤسس لمختبر تجريبي على الحيوانات] وكان ذلك قبل (مختبر فونديت في لايبزغ) بكثير. ويشير (الدكتور عبد الرزاق نوفل) أيضاً في كتابه: [المسلمون والعلم الحديث] بأن الرازي موسوعة مدهشة وصلت مؤلفاته إلى (٢٢٩) كتاباً في الطب والسلوك والنفس الإنسانية والكيمياء والموسيقى وله في جامعات العالم مثل هارفارد وبوسطن وستانفورد ولندن وبرلين مؤلفات وآثار وبحوث(١).

ويقرر (الدكتور فيصل دبدوب) من مجمع اللغة العربية بدمشق؛ أن من أبرز مساهمات الرازي في (الطب النفسي) هو إثباته بأن أمراض الهضم إنما ترتبط بالصراعات والمؤثرات النفسية للمريض وهمومه وأحزانه؛ وهذا عطاء بارز للطب السيكوسوماتي الذي يعلل بأن الأمراض الجسمية إنما هي ردود أفعال واستجابات لأسباب ومصادر نفسانية؛ ولعل كتاب [الحاوي في الطب]: للطبيب الرازي هو واحد من أشهر آثاره التي لا تقل أهمية واتساعاً عن (قانون ابن سينا). والرازي مولع بالفنون والموسيقى، وأوصى بها للعلاج النفسي والعصبي منذ كان في العشرين، وكان طبيب الخليفة (المعتصم) ببغداد، ومن كتبه الواسعة الانتشار كتاب البرهان، الطب الروحاني، وكيفية الإبصار، وكتاب علل المفاصل والنقرس وعرق النسا؛ وكتاب المنصوري وكتاب (الجامع في الطب) وغيرها كثير. ونود التأكيد بأن (العلاج) في المفهوم الإسلامي هو (علاج جسمي - نفسي) فهما توأمان لا ينفصلان.

---

(١) راجع: د. عبد الرزاق نوفل: المسلمون والعلم الحديث: ص ٦٨ (دار الكتاب العربي) بيروت/ لبنان/.

- وراجع (كتاب النفس والروح) للرازي من أعظم كتبه ومؤلفاته.

ي - يعتبر (ابن القيّم الجوزيّة الدمشقي) من أبرز تلاميذ (ابن تيميّة) فقيهاً عالماً طبيباً وفيزيولوجياً ونفسانياً رائداً لا نعرف عنه إلا القليل القليل من إنجازاته ومساهماته. ولعل ما كتبه (الدكتور شوكت موفق الشطي) أستاذ كلية الطب الراحل، بجامعة دمشق، عن (ابن القيم) هو خير تعريف بمساهماته العجيبة في علوم الوراثة والحياة والتشريح والأعصاب والتنفّس والأغذية والغدد الصماء وعلم الجنين والولادة وأسبقيته لتعريف (الحيوان المنوي Spermatistes) قبل (داروين/ وويسمن/) وتطور مراحل الجنين، وحديثه المدهش عن الحب والغرائز والجنس (قبل فرويد) بكثير. وقد فاق في ذلك (بحوث ابن حزم الأندلسي) الرائدة في هذا الصدد. واهتم (ابن القيم) بالطب الوقائي وقواعد الصحة، وتحدث عن عدوى الأمراض وانتشارها وسبل العلاج الدوائي والذاتي والنفسي بالتزام (الاعتدال) بين التطرف الأعلى والتطرف الأدنى[1].

ك - تعتبر مساهمات (الغزالي) في عشرات من مؤلفاته مثل (إحياء علوم الدين) و(المنقذ من الضلال) من أبرز المساهمات التي قدّمت (للمدرسة السلوكية الحديثة) في العلاج النفسي الأساسي الرصين والأرضية العلمية في مبدأ (الإشراط والانعكاس): Conditioning and Reflex ومبدأ (الثواب والعقاب): Rewards + Punishment، ومبدأ (الإثارة والاستجابة) Stimuli + Response[2].

وإن مساهمات الفارابي في كتابه [أهل المدينة الفاضلة] وغيره، والذي يتوازن مع [جمهورية أفلاطون]؛ لا تقل أهمية عن مساهمات غيره من الأفذاذ المسلمين.

---

(١) راجع: د. شوكت الشطي: [نظرات في ابن القيم] مطبعة الجامعة السورية دمشق (٨٠) صفحة مهمة.
راجع أيضاً (نفس المؤلف) تاريخ الطب/ السفر الثالث: ط ١/ ١٩٥٧ مطبعة الجامعة السورية - دمشق (ص ٢١٨ - ص ٢٣٧).

(٢) راجع الدكتور فايز الحاج: أطروحة دكتوراه بباريس عن مساهمات الغزالي النفسية.

ل ـ أما (ابن رشد: ١١٢٦ ـ ١١٩٨) فقد كان عالماً وفيلسوفاً وطبيباً وهو واحد من (الموسوعيين) وكتابه (الكلّيات) خير شاهد على آرائه ونظرياته. فقد فرّق في تصنيفه بين الأمراض العقلية الحادّة والأمراض المزمنة؛ وقال ابن رشد:

«إن بؤرة المرض هي في الدماغ والبطن» وبذلك التحام أوضح بين الفيزيولوجيا والأمراض العصبية والعقلية؛ ومع اعترافه بعامل الوراثة في الأمراض وعلاجها؛ لكنه شدّد على (العوامل البيئيّة) وكان صاحب مذهب الشك والنقد (قبل ديكارت) لهذه اعتبره المؤرخون أمثال (توانبي/ وكارليل) باعتراضه على الغزالي في كتابه (تهافت التهافت) رداً على كتاب الغزالي (تهافت الفلاسفة) اعتبروه مؤسساً لمذهب الشك النقدي في التفكير الإسلامي وسمّوه (المعلم الثاني) بعد أرسطو؛ وقد استفاد من أفكاره كثير من الأطباء أمثال (إسكيرول/ وجال/ وإيتارد/ وسبرزهايم/ وغيرهم). وذكر ابن رشد بأن من اشتغل بعلم التشريح ازداد يقيناً وإيماناً.

ويعتبر (ابن الهيثم) علماً من أعلام الطب والطبيعة والعلوم ومن أشهر كتبه (الصناعة الطبيّة) وهو مؤلف من (٣٠) مجلداً و(فرق الطب) وكتاب (التشريح ومنافع الأعضاء) و(أصناف الحميّات). وأكد ابن الهيثم عن دور الأسباب النفسية في المرض وعلاجه. ويذكر مؤرخو الطب بأن من أبرز من ابتكر التشريح المقارن (Comparative - Anatomy) هما: [يوحنا بن ماسويه/ والرازي] وقد ألف الرازي كتاباً بهذا الاسم وقارن بين أرحام الحيوانات وأرحام النساء واستنتج من تلك المقارنات الكثير من القوانين والنتائج وبذلك سبق (العلماء السوفييت) الذين أقاموا مختبرات متخصصة لهذا النوع من التجارب. واهتم (ابن النفيس الدمشقي) بهذه المقارنات أيضاً مما ساعده على اكتشافاته في الدورة الدموية؛ وكان (ابن سينا) أول من وصف (الشرايين الإكليليّة) وتجلّت عبقرية (علي بن العباس) و(أبوالقاسم الزهراوي) في (ميادين الجراحة)، وكان (علي ابن العباس)

أول من طبّق عملية (الشق العجاني) لاستئصال حصوة المثانة وحصوة الكليتين؛ ويعتبر الأطباء العرب من الروّاد الذين أشاروا في تفتيت (حصوة المثانة) ونجح بعضهم في إزالتها للخليفة الناصر. وقد سجّل (تاريخ الطب) للرازي مبادرةً لا مثيل لها في الجراحة وهي تعديل الأطراف المشوّهة في الوجه واليدين والشفاه والأذن والفك والفم وهي ما نطلق عليها حديثا (الجراحة التجميليّة): Plastic and Beautification Surgery، والتي ترتبط في كثير من حالاتها (بدوافع نفسية) بجانب أعراضها العضوية. وأقرّ (ابن سينا) استئصال اللّوزتين منذ المراحل المبكرة. وكان العرب أول من طبّق (توسيع الحبال الإكليليّة والمجاري البوليّة)؛ **وكان (الزهراوي)** أول من ربط الشرايين بالحرير وقام بتجبير الكسور وعالج (خلع الكتف) بطريقة (رد المقاومة الفجائي) والتي نُسبت فيما بعد للطبيب (كوخر). واستعمل **(الزهراوي)** بنجاح (القصاب) المصنوعة من أمعاء الحيوانات لخياطة الجروح الداخليّة واستعمل (الصنانير) في علاج السليلات وهو أول من استعمل (الحقنة الشرجية البصيليّة) و(خافضة اللسان) و(محقنة المثانة) و(القثطرة - الأنبوبية) وهي أحدث ما جاء به الطب المعاصر؛ وهو أول من استخدم (الفتائل) في العمليات الجراحيّة؛ والأنابيب في تصريف السوائل والخرّاجات.

ولقد كان لاختيار (الطبيب الممارس) شروطاً دقيقة ومعايير خاصة. كما كان هنالك (أخلاقيات وسمات) لا بد أن يتزوّد بها الطبيب في معالجته للناس كالأمانة والصدق والذكاء، والاتزان، وكتمان أسرار المريض، وصفاء القلب، والإخلاص في الواجب، والرغبة في انقاذ المريض، مما لا يتوفر في هذا العصر المادي إلا بشكل نادر.

وقد استخدم (الأطباء المسلمون) **الموسيقى كأسلوب للعلاج النفسي** على يد الفارابي وابن الهيثم والكندي وابن سينا و**(هبة الله ابن جميع)** الذي أفرد كتاباً خاصاً للأمراض النفسجسمية سمّاه: [كتاب الارشاد لمصالح الأنفس والأجساد]؛ وكتاب ابن الهيثم: [تأثير الموسيقى في

الإنسان والحيوان] وكتاب (محمد ابن أحمد أبي المواهب): [إباحة السماع والغناء] وقد توصل إلى (خمسة استنتاجات مدهشة، تنطبق بالحرف الواحد مع أحدث بحوث طبيب جامعة هارفارد بأمريكا (الدكتور روبير ستوفلر: Robert Stofler) في كتابه: (المداواة والموسيقى) وهذه الاستنتاجات هي:

١ - تبين بشكل قاطع بأن للموسيقى تأثيراً واضحاً على تحسُّن الصحة في المجموعات التي كانت تعاني بعض الاضطرابات النفسية والعقلية وكان لها دورها على الأعصاب مباشرة.

٢ - تزيد الألحان الموسيقية في الغالب من تقلُّصات القلب.

٣ - يختلف التوتر باختلاف شدّة اللحن وتوتره.

٤ - يزداد في الألحان عدد الأنفاس.

٥ - تؤثر الموسيقى في الدوران الدموي للإنسان وللحيوان.

وقد تمكن (جبرائيل بن بختيشوع) من تشخيص تفريقي للهستريا من منظور نفسي غير عضوي في كتابه المشهور [عيون الأنباء]. واستطاع (ابن ميمونه: Maimonides) أن يضع أسساً راسخة لمبادىء الصحة العقلية والنفسية لم يسبقه بها أحد من الأطباء الأجانب في عصره.

وقد أكد (غوستاف لوبون) في كتابه: (حضارة العرب) أن العرب في علاجاتهم الدوائية كانوا روّاداً في (استخدام التخدير النباتي والكيميائي) وهما قبل الجراحة من أحدث أنواع التخدير.

Chemical and Plant → Aneasthetism.

وكان لدى المسلمين في مدينة بغداد فقط في عهد (المقتدر بالله) [٨٦٠] طبيباً والعديد من الممرضات المتخصّصات بأمراض الولادة والنساء والحمل: Obstetrics and Gynecology.

المستشفيات والعلاج والأدوية عند العرب والمسلمين:

يحتاج هذا العنوان الفرعي إلى (كتاب كامل] ليعطي - القارىء

الكريم - سجلاً موضوعياً عن مساهمات المسلمين في ميدان المشافي والأدوية والعلاج، وحسبُنا إيجاز هذه المساهمات تاركين لكل - ذي عينين وبصيرة - (خمسة وأربعين مرجعاً) في نهاية هذ الفصل للبحث فيها عن (التراث المهجور والمبدد) ليجد فيها مصدراً لاستئناف مسيرة البناء الجديد المعاصر.

لقد أقام المسلمون أنواعاً عديدة جداً من المشافي المتخصصة العجيبة وهذا ما لم تصل إليه أمة على وجه الأرض في عصرهم وزمانهم الذي يحجبه عن القرن الحادي والعشرين (خمسة قرون) أو أكثر. ولا يستطيع إنسان أن يصدّق بأن (الظروف الزمانية والمكانية المحدودة) قد ساعدت المسلمين الأوائل على ابتكار هذه (النوعيات المتعدّدة من المشافي) التي تضاهي أحدث تقسيمات المشافي الحديثة. ويمكننا إجمالُها (نوعياً) بالتالي:

١ - المشافي الثابتة: **Local and Static**.

٢ - المشافي المتحرّكة - المحمولة والمتنقّلة: **Mobile** مثل [مشافي الاسعاف الأولى - والمشافي الحربية - والنقّالات].

كما انقسمت من حيث (العلاج) إلى:

١ - مشافي العلاج الداخلي **In - Door Treatment**: ويتم العلاج بها بإقامة المريض طيلة فترة العلاج.

٢ - مشافي العلاج الخارجي **Out - Door Treatment**: وتشخص حالة المريض ويعطى العلاج النفسي أو الدوائي بجلسات وله حرية الإقامة الخارجية.

وانقسمت المشافي من حيث (المجال) إلى:

١ - مشافي عامة **General**: وهي لكافة الأمراض والأفراد والمناسبات. وتكون في العواصم الكبرى مثل بغداد ودمشق وقرطبة وغيرها.

٢ ـ **مشافي متخصصة Specialized**: مثل مشافي الجُذام، ومشافي السجون؛ ومشافي الأمراض العقلية، ومشافي المياتم ودور المراضع والأطفال، ودور العجزة والكهولة والشيخوخة.

وبذلك يكون العرب قد أحرزوا الأسبقية العجيبة على الأجانب في هذا النوع من التخصص في المشافي والتنوُّع. وقد ذكر (الدكتور عبد اللطيف البدري) في كتابه: [الطب عند العرب]:

«لقد أصبحت حواضر العرب غاصَّة بالمستشفيات وتزاحم الخلفاء على تحسينها والإنفاق عليها، وكان لكل واحدة منها صيدلية تابعة وفيها الخدم والأواني والطباخون، وفي قرطبة وحدها التي كان سكانها في القرن العاشر الميلاني (الرابع الهجري) نصف مليون؛ كان بها (خمسون مستشفى) و(٥٠٠) حمام؛ ومكتبة عامة بها (٦٠٠,٠٠٠) مجلد و(٧٠) مكتبة خاصة، وكان من أشهر تلك المشافي ـ العضدي ببغداد، والمنصوري بمصر، والنوري بالشام وبيمارستان تونس والأندلس» [ص ٢٢٨ ـ ٢٢٩].

ولعل من أشهر المشافي المتخصصة:

١ ـ (**مشافي الجذام**): التي كان أول من أسسها (الوليد بن عبد الملك) في الوقت الذي كان ملك فرنسا (فيليب) يأمر عام (١٣١٢ م) بحرق المجذومين على اعتبار أن الجذام داء يمثل الرجس والخطيئة وكان (ابن القيم الجوزية في كتابه زاد المعاد) من أبرع الأطباء الذين حددوا أعراض الجذام وطرق العدوى فيه.

٢ ـ **مشافي السجون**: أنشأ العرب في بداية (القرن الرابع الهجري) مشافي متخصصة للمساجين وبذلك حوّلوا السجن من مكان للعقاب إلى مركز للاصلاح والرعاية الطبيّة والاجتماعية والنفسية قبل أوروبا بقرون من الزمن. ويعود الفضل بذلك إلى (علي بن عيسى وزير المقتدر بالله).

٣ - **مشافي الأمراض العقلية**: وقد بدأ تأسيسها في بدء الحكم الأموي وقد قرر المستشرق (رونيه ساند): Rone Sand في كتابه (الطب الاجتماعي) ما نصُّه:

«لقد دفع الإسلام أتباعه على احترام المصابين بعقولهم ورعايتهم واللين في معاملتهم؛ وقد أقاموا لهم مشافي خاصة بهم وقاعات لمعالجتهم ولقد جاء في - صك الأوقاف - التي حُبس ريعها لمصالح - المستشفى النوري بحلب - أن يخصص لكل مجنون خادمان ينزعان عنه ثيابه كل صباح ويحممانه بالماء النظيف ويُلبسانه ثياباً نظيفة ويحملانه على أداء الصلاة، ثم يأخذانه للحديقة ويفسّحانه في الهواء الطلق ويقدّمانه للطبيب لعلاجه ثم يسمح بهم بالاستماع إلى الموسيقى العلاجيّة؛ هذا في الوقت الذي كان (المريض عقلياً) في أوروبا يسمى (مجنوناً) يحرم من دخول المشافي ويقيد في بيوت الجنون بالسلاسل في مسكن وضيع وطعام قليل؛ وجسد عارٍ وإهمال متواصل وضرب متناوب؛ ولقد كان المسلمون أول من أقام للمرضى العقليين مشافي خاصة لهم وقد سجّلها التاريخ لهم مفخرة فوق مفاخرهم» [ص ١٣٠ - ١٣٢].

٤ - **المياتم ودور المراضع والأطفال**: لقد حظيت (الطفولة) في الإسلام بمكانة لائقة وجهود متواصلة؛ لا سيما أولئك الأطفال الذين فقدوا أمهاتهم أو آباءهم. ويعتبر (مظفر الدين كوكبري) صاحب إربل (٥٤٩ - ٦٣٠ هـ) أول من أسس دوراً متخصصة لرعاية الأيتام والأطفال وسرعان ما انتشرت هذه الدور في كثير من الأقاليم والمقاطعات.

٥ - **دور العجزة ورعاية الكهولة**: إن دراسات رجل (كالمقريزي) سجّلت لنا بأن (الخليفة المنصور) هو أول الخلفاء البارزين في صدر الدولة العباسية ممن بنىٰ (دوراً متخصصة للعجزة مهما كان عمرهم)

و (للكهول) لرعاية الشيخوخة؛ وكان (الوليد بن عبد الملك) رمزاً بين عشرات الخلفاء لتدعيم (دور الرعاية والمشافي) بشتى أنواعها في شتى أرجاء الامبراطورية العربية الإسلامية التي شاء لها التاريخ أن تمتد من أسوار الصين إلى جبال البيرينه بين فرنسا واسبانيا (أندلس الأمس)، ويعمم فيها كلها هذه المشافي والدُّور المتخصصة.

أما (المشافي المتنقّلة المحمولة): The Mobile فقد تعدّدت أنواعها حسب (الهدف) الذي تسعى لتحقيقه وكان أهمُّها:

١ ـ مشافي الإسعاف الأولي والطوارىء: First Aid and Emergency: وهي تقتضي السرعة والمعالجات الأوليّة وبرز ذلك في إصابة (سعد بن معاذ) في غزوة الخندق.

٢ ـ المشافي الحربية Military: وهي ملازمة للجيوش الإسلامية التي زادت بها الغزوات والحَملات على (٤٠٠) حملَة. وكان يرافق الجيش مجموعةمن الأطباء والممرّضات للإسعاف ويشرف على الفريق الطبي (جرّاح) بارع. وكان الوالي أو الخليفة هو ـ دوماً ـ قائد الجيش في الحروب. ويحدّثنا تاريخ الطبري، بأن (الطبيب الجرّاح ابن المطران) كان الطبيب المرافق (لصلاح الدين الأيوبي) في كل حروبه وله خيمة حمراء كبيرة تعرف به. وكان (الطبيب الجرّاح أبو الحكم المغربي الأندلسي) هو طبيب (السلطان محمود السلجوقي) وكان يحمل معسكره الطبي (٤٠) جملاً عليهم قافلة من الأطباء وفرق التمريض.

٣ ـ المشافي المتنقّلة Mobile: وهي التي تواجه احتياجات المرضى والأوبئة في الأماكن النائية والقرى، وكان (سنان بن ثابت ووزيره بن عيسى) أول من قام على تأسيسها.

السمات البارزة للمشافي الإسلامية:

إن المتأمل في (السمات الضمنية) للمشافي الإسلامية سرعان ما

تتملكه الدهشة فوق الإعجاب؛ فقد حرص المسؤولون على أن يكون في كل مشفى (قسم للذكور) وآخر (للإناث) تكريماً لهن وحرصاً على حريتهن وراحتهن؛ وهذا قائم حالياً في أحدث مستشفيات أوروبا. وكان لكل قسم خدم وفراشين وقوام ومشرفون ولكل قسم قاعاته لمختلف الأمراض فقاعة للباطنيّة وأخرى للجراحة وثالثة للكحالة والعيون وقاعة للتجبير والكسور والعظام؛ وداخل كل قاعة (أقسام متفرّعة) ففي الباطنية كان يوجد قسم للمحمومين بالحميّات وقسم للممرورين المصابين بالهوس (المانيا Mania) وقسم للعصابيين؛ وآخر للمبرودين ورابع لحالات الهضم من إسهال وانقباض؛ وقاعات المستشفى فسيحة وبها من التهوية وشروط الصحة ما يضمن سلامة المرضى وراحتهم. وللمستشفى رئيس يسمى (الساعور) ولكل قسم من أقسامها الرئيسيّة والفرعية رئيس وفي المشافي (خزانة للشراب/ الصيدليّة) وبها كافة أنواع الأدوية والتراكيب والمعاجين النفسية وللمشفى (ناظر) يشرف على إدارته ولها طريقان للعلاج؛ (علاج خارجي): External - Out Door يأخذ منه (المريض) التشخيص والدواء ويذهب إلى منزله دون إقامة في المشفى، وطريق آخر للعلاج (علاج داخلي) وبه يقيم المريض في القسم الخاص بمرضه حتى يشفى. ويوجد قسم (للاستشارة): Consultation Division.

وقد ورد في قاموس (الأب يوسف معلوف) ما يزيد على (خمسين) اسماً للتخصصات عند الأطباء العرب منها:

[الكحال - الجرائحي - الجبائري - طبيب النساء - الصيدلي - الفصّاد - طبيب الأطفال - طبيب الأسنان - طبيب المسنين الطبيب العقلي - طبيب الفالج - طبيب معتل النفس - وغيرها] ولكل نوع منها مسؤولياته ومجالاته وأدواته.

وينطلق (الأطباء المسلمون) دوماً من (منطلق شمولي متكامل) هو (الترابط والتلاحم بين الأمراض النفسية والعلل الجسمية) وعدم عزلها عن بعضها. ويؤكد هذا في (معالجة إحدى زوجات أمير كبير).

وكانت هذه الزوجة من أبرز المفضّلات عند الأمير، وقد ساءت صحّتها الجسمية رغم كل ما يحيط بها من نعيم وخدَم ورعاية ورفاهية. واضطربت نفسها وتبدّل نشاطها ومرحها وأصيبت بالحزن والحصر الاكتئابي الذي قادها إلى (الفالج ـ الشلل) Paralysis.

وكانت في ميعة الصبا وتمثّل الروح المرحة في القصر؛ وبعد أيام اشتدت كآبتها ويأسها، انعقد لسانها عن الكلام وحدث لها (انحباس في النطق)، وجمع الأمير على علاجها عشرين من أطباء زمانه،وكان كل واحد يعطيها من الدواء والعلاج أفضل ما تجود به خبرته وأدواته وفشل الجميع واحداً تلو الآخر وساءت حالة الأميرة. وعندما يئس الأمر من أطباء قومه أشاروا عليه أن يستدعي لعلاجها (شيخ أطباء العرب) فاستدعاه من بلده وأفاض عليه أكياساً من الذهب ليجد حلاً وشفاءً لمرض الأميرة.

وتبيّن للطبيب المسلم أن مرض الأميرة هو(مرض نفسي) ويمكن شفاؤها بالإيحاء النفسي. وطلب من الأمير إخراجها من ذلك القصر ورفاهيته؛ وأن توضع في قصر لا خدم فيه ولا حراسة ولا حشَم؛ وتوضع لوحدها، وقدّم الطبيب (معاوناً له)، ليشرف على العناية بها، وطلب السماح للمعاون بمرافقته للعلاج والإشراف. فنظر (الأمير) إلى (معاون الطبيب) نظرة شك وحذر، فرآه شاباً جميلاً، حلو الحديث، طلق المحيا، جمع من أوصاف الجمال البدني أكملها وسامةً وجاذبيةً،ففكّر بانفراده بالمريضة في القصر وساوره الشك به وطلب استبداله (بجارية) ولكن الطبيب أصرّ على ذلك (المعاون) أو يترك العلاج نهائياً. ووقع (الأمير) في حيرة، واستشار وزراءه فلم يجدوا سبباً للشك والرِّيبة؛ فوافق الأمير(على مضض)؛ ولما جاء الصباح ذهب (المعاون) إلى الأميرة وأخذ (يدلّك أعضاءها) دلكاً يدعو إلى سوء الظن؛ فهالها الأمر واستجمعت قواها، ولطمت الشاب وصرخت مستغيثة وركضت نحو النافذة وسمعها من في القصر الثاني فهبّوا لنجدتها وكادوا يمزّقون (المعاون) لو لم يُطلب منهم إيصاله إلى الأمير، وهناك أمام الملأ كشف الأب الطبيب عن (المعاون)

وجهه فإذا هي (ابنتهُ وقد ألبسها ملابس رجل شاب) وأن ما كان ليس إلا ترتيباً إيحائياً لشفاء الأميرة؛ وقد حدث الشفاء وأقر الجميع حكمة الطبيب وأكبروا نظره، وعادت الأميرة لحالتها الطبيعية بعدما تحركت فيها النوازع النفسيّة وهزّت كيانها هزّاً.

وإذا أردنا ـ وهو على سبيل المثال ـ تحديد المشافي ومناطقها فلقد كانت [خيمة رافدة] أول المشافي المتحرّكة والمتنقّلة في الإسلام.

وكان يطلق على المشافي اسم (البيمارستانات) وكانَ فيها قسماً خاصاً (للأمراض العقلية) وقد بنى الخليفة الأموي عبد الملك بن مروان أول مشفى بدمشق عام (٧٠٧ م) وزوّده بكافة المعدّات والأطباء، كما افتتحت [مدرسة الدخوارية لتعليم الطب بدمشق عام ١٢٣٠ م ـ ٦٢٨ هـ] وكان يديرها الطبيب شرف الدين أبو الحسن علي بن يوسف ثم بدر الدين المظفر». **أما [في بغداد]** فكان أولها (مشفى الرشيد) في القرن التاسع الميلادي و(مشفى البرامكة) و(مشفى بدر الصاعدي) و(مشفى الحربية) و(مشفى السيّدة) و(المشفى المقتدري) و(مشفى ابن الفرات) و(مشفى الأمير بجكم) و(مشفى معز الدين البويهي) و(مشفى فخر الملك الصيرفي) و(مشفى باب المحوّل بالكرخ) و(المشفى التنشي) و(المشفى العضدي) وهذه المشافي الثلاثة عشر هي مجرد أمثلة لإنجازات عصر واحد هو (العصر العباسي).

وأما في الشام فقد أقام (الأمويون): (مشفى عبد الملك) بدمشق و(مشفى إنطاكية) بحلب، و(المشفى الصغير) بدمشق، و(المشفى الكبير النوري بدمشق) لعام ١١٥٤ م ـ ٥٤٩ هـ وبناه نور الدين محمود بن زنكي وبنى أيضاً (المشفى العتيق بحلب) و(بيمارستان القدس) وقد بناه صلاح الدين الأيوبي وبنى نظيراً له في مصر.

أما في (الجزيرة العربية): فقد أنشأ (الشريف حسن عجلان والي مكة ٦٢٨ هـ) (مشفى مكة) وجعله وقفاً للمستنصر العباسي؛ وأقام (الملك

الظاهر بيبرس ٦٦٣ هـ (مشفى المدينة) بجوار حرم الرسول عليه السلام.

أما مشافي مصر: فأشهرها (المشفى العتيق) وقد أنشأه أحمد بن طولون (٨٧٢ ٨ ٢٥٩ هـ) وكان يشرف عليه بنفسه وزوّده بكل احتياجاته وأقام فيه حمامين أحدهما للرجال والآخر للنساء. و (المشفى الإخشيدي الأسفل) وبني عام ٣٤٦ هـ: و (مشفى صلاح الدين: ١١٧١ م - ٥٦٧ هـ) وبناه صلاح الدين بن أيوب و (دار الشفاء المنصوري) وبناه الملك العادل.

أما مشافي المغرب: فكان أهمها (مشفى تونس) وقد أنشىء في زمن الخليفة عبد العزيز بن أحمد أحد ملوك الدولة الحفصيّة وأنشأ بجانبه مكتبة واسعة، و (مشفى مراكش) وقد بناه يعقوب بن يوسف الكومي أحد ملوك الموحّدين بالمغرب.

أما مشافي الأندلس: فكان أشهرها (مشفى غرناطة) وبناه الخليفة محمد بن يوسف بن نصر عام ٧٥٥ هـ و (مشفى الزهراء) و (مشفى اشبيلية) و (مشفى الحمراء). وإن هذه المشافي التي تزيد على (٣٢) مشفى هي مجرد نماذج وأمثلة لما وصل إليه المسلمون العرب من إنجازات ومساهمات وخدمات مدهشة في علاج الأمراض العقلية والنفسية والجسمية للمسلم ولغير المسلم في امبراطورية زاهية كانت تمتد من شرق الصين وأسواره إلى جبال البيرنة بين اسبانيا وفرنسا.

أما [الأدوية] بجانب أساليب العلاج النفسي التحليلي والإيحائي عند ابن سينا والرازي والكندي وأسلوب العلاج السلوكي عند الغزالي وابن رشد والعلاج الجماعي والفردي، فإن علم (العقاقير العلاجية) برز عند العرب: Pharmacology وكان من أشهر ما استثمروه [الأدوية النباتية بجانب الأدوية الكيميائية] وما جاء في سيرة رشيد الدين الصوري وسيرة ضياء الدين البيطار من تأسيس العرب لحوانيت الصيدلة وما ذكره الرازي في كتابه (المنصوري) لبيان واضح على مئات الأدوية التي توصلوا إلى تركيبها وتطبيقها؛ ويعتبر (ابن سينا) أول من قام (بتغليف الحبوب) التي

توصف للمرضى؛ وظهرت في الأدوية والصيدلة عشرات الكتب المتخصّصة (كالدستور البيمارستاني) في الصيدلة؛ للسديد بن أبي البيان المصري وكتاب (العقاقير) للبيروني و(الكتاب الملكي) لابن العباس و(الجامع في الأدوية والأغذية) لابن البيطار و(منهاج الدكان ودستور الأعيان) لأبو المنى داوود، و(سر الأسرار) للرازي و(تذكرة داوود) للإنطاكي وهذه الكتب في (الأدوية) هي مجرد أمثلة ونماذج لعشرات غيرها.

ولعل مما يستلفت النظر ما ذكره الدكتور الصيدلي (هيولستن) [رئيس الاتحاد الصيدلي] في المؤتمر الصيدلي العربي المنعقد في القاهرة عام ١٩٦٢ ما نصُّه:

«يعود لنعرب الفضل الأول في/ فصل الصيدلة/ كعلم للأدوية عن/ علم الطب/ باعتباره علماً متخصّصاً في العلاج؛ ولقد استخدمت أوروبا وبشكل خاص كلية طب سالرنو مصادر الأدوية للعرب ما يزيد على (٩٠٠) عام إلى أن صدر قانون نابليون لتنظيم كلية الطب في سالرنو. ولقد نجح العرب في استخدام (النباتات والكيمياويات للتخدير) قبل إجراء الجراحة ولتخفيف الآلام، وفرضوا على الطبيب البدء باستخدام (الوصفة الطبية) بعد تشخيص الحالة: Prescription».

وذكرت وزير الصحة لألمانيا الغربية (الدكتورة شوارتزهاب) بنفس المؤتمر ما نصُّه:

«الغرب لن ينسى أبداً أنه مدين للعرب بدراسة الطب البشري والوقائي والنفسي والعلاجي وإن مؤلفات ابن سينا والزهراوي وابن الهيثم والكندي والرازي والغزالي كانت هي الكتب الأساسية التي تدرّس في جامعة ـ بالرمو ـ التي تضم أشهر برامج الطب في العالم الغربي؛ وقد ترجمت كل تلك المؤلفات والكتب إلى اللاتينية».

وقد تمكّن المسلمون من تحديد (معالم الصيدلة كعلم مستقل للأدوية) في أهدافه، وطرقه، ومنهجه، فعرّفوا الصيدلة بأنها:

«العلم الباحث عن التمييز بين المواد ومركّباتها؛ والنباتات المتشابهة في الشكل ومعرفة منابتها (صينيّة أو هندية أو فارسية أو مصرية أو يونانيّة) ومعرفة زمانها حسب فصول السنة من صيف وشتاء وربيع وخريف، ومعرفة جيّدها من رديئها؛ ومعرفة خواصها وفوائدها وتطبيقاتها»[1].

ويوجد للصيادلة عند العرب (قانون) ينظم مؤهلاتهم وشروط عملهم ومسؤولياتهم ومعايير اختيارهم. وكان في كل مشفى من المشافي (صيدليته الخاصة) وتوضع بها الأدوية على الرفوف ولها (أمين) مسؤول عن كل ما يجري فيها. وقد تمكن المسلمون من استخدام السكّر واستخراج المشروبات والأدوية منه واستعمال عشرات الأملاح المعدنية كأملاح الزئبق والحديد والصودا والبوتاس والرصاص، كما قاموا بتحضير الزيوت العطرية والكحول في (معمل الصيدليّة) التابع لها.

ويشير (الدكتور غريسيب) مدير جامعة برلين وعميد فرع الطب فيها في افتتاح المؤتمر الدولي للبلهارسيا بالقاهرة؛ عن مآثر المسلمين العلاجية فيقول:

«إن ابن داوود هو واحد من أفذاذ العرب في علم الأدوية وكتبه الثلاثة:

- غاية المرام في إصلاح الأبدان.
- البهجة والدرّة المنتخبة فيما صحّ من الأدوية المجرّبة.
- تذكرة أولي الألباب.

---

(١) راجع: د. أحمد علي الملا: [أثر العلماء المسلمين في الحضارة الأوروبية] دار الفكر - (ص ١٤٣ - ص ١٤٥).

وقد لفتت في العصر الحديث أنظار (خبراء شركات الأدوية) في ألمانيا والسويد والدانمرك وأمريكا وهولندا وإيطاليا؛ وقد طلبت عملياً شراء بعض النباتات بما قيمته مليون جنيه، ومنها (ورق السُكران)، لإعداد المخدّر الموضعي و (بذر الخلة) الخاص بأدوية القلب، و (بذور البقدونس وورق البرفوف) لعلاج احتباس البول و (شرش الوردينيا) لمعالجة النزيف الدموي و (مركبات السواك) لاستخراج معجون للأسنان. وهذه كلها مجرد أمثلة[1].

ولعل (جابر بن حيان وهو مفخرة المسلمين ومؤسس (علم الكيمياء) قد ساهم في الصيدلة والأدوية من خلال بحوثه التجريبيّة وإنجازاته العلمية. فقد قام بتحضير كربونات الصوديوم؛ وحوّل ملح الطعام إلى نترات الفضّة وقام بتحضير كربونات البوتاسيوم واستعمل ثاني أوكسيد المنغنيز في صناعة الزجاج وحضّر الأوكسجين ومركبات الزئبق وكل هذه التجارب لها صلة مباشرة بمركبات الأدوية والعلاج.

أما بحوثه وتجاربه في المواد المخدّرة والسُموم وأقسامها وأضرارها ومنافعها: [ومن السموم النافعات دواء...] فكانت من أبرز أعماله وله فيها كتاب كامل فيه [ستة أبواب] متابعة وقد قسم السموم إلى (حيوانية/ ونباتية/ وحجريّة)؛ فمن السموم الحجرية [الزئبق/ والزرنيخ/ والزّاج/ وبرادة الذهب/ وبرادة الحديد وغيرها] ومن السموم النباتية: [قرون السنبل، والأفيون، والشيلم، والحنظل، والشوكران] ومن السموم الحيوانية: [مرارة الأفاعي، ومرارة النمر، ولسان السلحفاة، والأرنب البحري، والعقارب].

ومن أبرز كتبه المنقولة إلى (اللاتينية):

[كتاب الجمع، وكتاب الاستتمام وكتاب الاستيفاء وكتاب التكليس].

---

(١) نفس المرجع السابق.

وها هو الأستاذ (ميبرهوف) يقول:

«إن علم الصيدلة العربي استمر في أوروبا حتى منتصف القرن التاسع عشر؛ وكان جابر بن حيان علماً من أعلامه وقد نجح في استحضار الحامض الكبريتي بتقطيره من الشبّه وسمّاه ـ زيت الزّاج ـ كما أنه أول مكتشف للصودا الكاوية وأول من استحضر ماء الذهب وأول من أدخل طريقة فصل الذهب عن الفضة بالحلّ بواسطة الحامض؛ وما تزال هذه الطريقة مستخدمة لتقدير عيارات الذهب في السبائك. وإن التطبيقات العملية في الصناعة والطب والعلاج والدواء لتجاربه ما هي إلا جانب واحد من جوانب إنجازاته الكثيرة»[1].

وبعد! فإن ما عرضناه عن مساهمات العرب والمسلمين في الطب والعلاج النفسي ما هو إلا غيض من فيض ولمحة خاطفة من رصيدٍ ضخم؛ وإذا كان ـ بين القارئين ـ من لديه نيّة صادقة في بناء مستقبل علمي جديد فإن مادة العمل قائمة في (المصادر العلمية) المثبتة في نهاية هذا الفصل.

[٣ ـ ٦] الاتجاهات الحديثة والعصر الحديث:

في الفترة التي كانت أشعة الحضارة مشرقةً في (المشرق العربي) و (المغرب العربي) في الشمال الإفريقي والأندلس (إسبانيا)؛ كان (الغرب الأوربي) في سباتٍ عميق وظلام دامس. وتدور دورة الحضارة، كما يتحدث (ابن خلدون/ وتوينبي) عن الأمم. وتأخذ أوروبا من العرب (العلوم والفنون) وتدب فيها (النهضة) وتضع أقدامها على (المرحلة العلمية الحديثة)؛ وتتمزق الولايات العربية بظهور (ملوك الطوائف ودويلاتها)

---

(١) د. أحمد علي الملا: أثر العلماء المسلمين في الحضارة الأوروبية ـ دار الفكر: (ص ـ ١٤٥ ـ ١٥١).

وتغرق في الانقسامات والانهيار والتخلُّف الحضاري. ولهذا ليس غريباً أن نتعلم في (كتب التاريخ) التي لم تكتب بأيد عربية أصيلة؛ بأن (العصور الوسطى المظلمة) في أوروبا؛ هي بالنسبة للأمة العربية وحضارتها (مرحلة ذهبية في تاريخها)؛ وأن (عصر النهضة) عند الأوروبيين هو بالنسبة لنا (عصر انحسار حضاري). وإنَّ على (الأمة العربية) أن تنتظر طويلاً حتى يتاح لها أن تكتب تاريخها بيد أبنائها كما كتبته بدماء شهدائها؛ وعندها ـ فقط ـ يمكننا قراءة حضارتنا قراءة صحيحة أصيلة تكون أرضاً صالحة لبناء حضاري حديث ومتكامل.

ولكي نحيط بأرز (المدارس/ والاتجاهات/ والعلماء) الذين ساهموا في صياغة (المرحلة العلمية) في ميدان الطب والعلاج النفسي لا بد أن نتخذ أسلوب الايجاز والتسلسل ـ قدر المستطاع ـ:

١ ـ باراسيلسوس: Paracelsus (ثيوفراستوس): فون هوهنهايم: V. Hohenheim **١٤٩٣ ـ ١٥٤١** م أنكر علم التنجيم واعترف أن وراء الأمراض العقلية (أسباباً سيكولوجيّة) ووضع (نظرية المغناطيسيّة الجسمية): Bodily Magnetism وهي بداية (للمسماريّة المغناطيسية والتنويم الإيحائي) الذي شاع على يد (أنطون مسمر/ وشاركو/ ثم برونير/ وفرويد): Hypnosis and Psycho - Analysis وكان بداية لمدرسة (التحليل النفسي الفرويدي).

٢ ـ شاركو Charcot: استخدم الإيحاء والتنويم في العلاج العصبي بمستشفى (سالبترير: Salpetriere Hospital) واستطاع إحراز نجاح به. وتمكن (سيدنهام: Sydnham) من وصف الهستريا ودور الانفعالات

---

(١) راجع: د. عطوف محمود ياسين: [علم النفس العيادي] ـ ط ٢ ١٩٨٦ دار العلم للملايين ـ بيروت ـ لبنان (ص ٣٢ ـ ص ٥٧).
راجع أيضاً: د. فخري الدباغ ـ [أصول الطب النفساني] ـ بيروت ـ دار الطليعة /١٩٨٣/ ص (١٤ ـ ١٧) و(٢٣ ـ ٣٥).

العاطفيّة في حدوثه ووصف (جورج شايان: G. Cheyene) مرض المراق: Hypo Chondriasis.

٣ - **فيليب بينيل: P. Pinel**: وهو أستاذ الطبيب (إسكيرول) وقام بفك السلاسل عن المرضى العقليين بمستشفى (بيتر): Bicetre Hospital. وهيأ لهم إقامة صحيّة جيّدة وجولات حرّة. وأكد على ضرورة (الملاحظات السريريّة) والجذور النفسية للمرض العقلي.

٤ - **إسكيرول**: وهو من أشهر الأطباء العقليين ووصف أعراض الهلوسة والتخيُّلات والأوهام وميّز في كتابه الشهير [الأمراض العقلية] Mental Illnesses. بين (الجنون: Sanity - Madness) و (الضعف العقلي): Feeblemindness. ودعى لاستخدام (الإحصاء) في الملاحظات السريريّة، وقد استفاد (إسكيرول) من دراسات (إيتارد) وجاء بعده الطبيب (سيجان).

٥ - **بريتشارد: J. C. Pritchard** وهو طبيب بريطاني وصف أعراض الشخصية السيكوباتية، ودعى (مولر A. Muller) في ألمانيا إلى عدم القسوة مع المرضى في المعاملة.

٦ - **سيجان**: اهتم بفرنسا بتدريب ضعاف العقول فيزيولوجياً وحركياً فاعتنى بالعضلات والحواس وقام بعده (كيبهارت بجامعة سيراكيوس) في ولاية نيويورك بتطبيق نفس التدريبات والمنهج ولوحة الأشكال:
Siegan and Kephart, Muscles and Senses Training.

وظهر في (أمريكا اللاتينية) أول (مستشفى عقلي) في المكسيك بمدينة هيبوليتو بإشراف الطبيب (برناردينو ألفاريتز):
Bernardino Alvarez of San Hipolito Hospital.

٧ - **كريسنجر: W. Griesinger** كان كتابه الأول (الطب النفسي) وبه يكرر مقولة (اليونان/ والمسلمين) في أن الأمراض العقلية هي أمراض

دماغيّة، ونموذجها الشلل الجنوني العام. أما (لومبروزو: C. Lombroso ١٨٣٦ - ١٩٠٩) فقد ربط الإجرام بالمرض العقلي.

٨ - **جوليان روتير: J. Rotter** يرى أن عصر النهضة تبلور في (اتجاهين رئيسيين) هما:

١ - **اتجاه السلوك الشاذ والتخلف العقلي:** (روستان - شاركو - كرايبلين - وايتمر).

٢ - **اتجاه الفروق الفردية والوراثة والقياس:** (جالتون - كاتيل - وونديت).

وعلى ضوء (الاتجاهين السابقين) تبلورت اتجاهات علماء النفس العيادي في مدرستين هما:

[١ -] **المدرسة القياسيّة:** Measurement and Testing School.

[٢ -] **المدرسة الديناميكية:** Dynamic or Boston School.

أما (مدرسة القياس) فقد اهتمت بمبدأ (الفروق الفردية): Individual Differences: واستخدمت الملاحظة والقياس وكان من أشهر علمائها (غالتون: Galton، وبينيه Binet، وتيرمان: Terman ثم جاء كاتيل: Cattell بالاختبارات العقلية بجامعة بنسلفانيا، وقد سبق أن ساهم بتطور الاتجاه القياسي: (وود وورث: Wood Worth، وثورندايك: Thorndike) أحد أقطاب جامعة كولومبيا بنيويورك وجاءت العالمة نورث وورثي: North Worthy. واستخدمت الاختبارات النفسية للمقارنة بين العاديين وضعاف العقول، ونقل (جودارد: Goddard وبيرت Burt وكولمان Kuhlman) العديد من الاختبارات من الفرنسية والألمانية إلى الإنكليزية أما (تيرمان: Terman) فكان تركيزه حول الفروق بين الأذكياء والمتخلفين عقلياً/١٩١٦/. وظهرت لوحة الأشكال لسيجان - والاختبارات الجماعية - واختبارات (ألفا وبيتا) للذكاء في القوات المسلّحة الأمريكيّة، وكذلك

(اختبارات الشخصية) على يد (وود وورث: Wood Worth). وكان اختبار (ستانفورد ـ بينيه) مرجعاً جوهرياً. وظهرت طرق علاج (بواسطة اللعب). للأطفال على يد (آنا فرويد/ وميلاني كلاين) كجزء من التحليل النفسي؛ وظهر العلاج الفردي والجماعي في السجون ومشافي الولايات. وأصبحت (اختبارات الشخصية) في مستشفيات الأمراض العقلية شائعة ورائجة.

٩ ـ كرايبلين E. Kraepelin (١٨٥٦ ـ ١٩٢٦ م) وهو من أبرز أطباء الأمراض العقلية والنفسية في ألمانيا والعالم؛ واشتهر بتصنيفه للأمراض وأطلق على (الفصام ـ الشيزوفرانيا) اسم (الجنون المبكر) مستعيناً على ذلك بالأعراض السريرية لها وللبارانويا والهوس الدوري.

١٠ ـ يوجين بلويلر E. Bleuler (١٨٥٧ ـ ١٩٣٩ م): تابع دراسات كرايبلين ودرس أعراض ونوعيات الفصام وجنون الهوس.

١١ ـ سيجموند فرويد S. Freud (١٨٥٧ ـ ١٩٣٩ م): تتلمذ على أستاذه (شاركو) أستاذ الأمراض العقلية بباريس وعاصر (جانيه: P. Janet) وعرف كمؤسس لمدرسة التحليل النفسي التي اهتمت بالعصاب والجنس واللاشعور وكان من زملائه (يونغ وإدلر) وغيرهما من أطباء التحليل النفسي والإيحاء.

١٢ ـ [آدولف ماير A. Meyer (١٨٦٦ ـ ١٩٥٠): وهو صاحب النظرية (النفسية ـ الحيوية): Psychobiological وكان من المتأثرين بفرويد والتحليل النفسي ومن أشد الناقدين لآراء كرايبلين، وكان يعتبر كل مريض وحده قائمة بذاتها.

١٣ ـ واجنر ـ جوريج: ابتكر عام **١٩١٧** علاج الملاريا لمريض الشلل الجنوني العام وفي عام **١٩٣٣** ابتكر (فون ميدونا) V. Meduna علاج الفصام بطريقة إحداث الصرع في المريض بمادة الكافور ثم بالكارديازول. واستخدم بعده (سيرليتي / وبيني Cerletti and Bini، طريقة

(الصدمات الكهربائية) كبديل للكارديازول ثم أصبحت علاجاً أفضل لمرضى الكآبة.

١٤ - مونيز Moniz: (١٩٣٦) **Psychosurgery** وقد بدأ استخدام (الجراحة النفسية للدماغ) كأسلوب للعلاج العقلي وبشكل محدّد جراحة ألياف الفص الجبهي الأمامي: Prefrontal Leucotomy.

١٥ - ساكل: Sakel: وقد استخدم عام/ ١٩٣٨/ في علاج (فصام الشخصية) طريقة غيبوبة الأنسولين: Insulin Coma. ودخلت بعد ذلك (الأدوية المهدّئة الحديثة) للعلاج.

المدرسة الديناميكية في بوسطن: وقد بدأت بمختبر (لايبزغ) على يد (وونديت Wundet) ثم تلميذه (وليم جيمس W. James) و(ستانلي هول: S. Hall) و(وولتر سكوت: W. Scott) وكان اهتمامهم الأساسي محصوراً في الطب العقلي.

الحرب العالمية الثانية والتغيُّرات البارزة المصاحبة:

أدى قيام الحرب العالمية الثانية لتغييرات بارزة أهمها:

أ - هجرة الكثير من العلماء والأطباء النفسيين من أوروبا إلى أمريكا.
ب - التركيز على الشخصية السوية وغير السوية أكثر من اختبارات الذكاء.
جـ - اهتمام وزارة الصحة الأمريكية بالعلاج وبالكبار وبالبحوث العياديّة.
د - ظهور (العلاج الجماعي) لمواجهة مشاكل الحرب وعاهاته.
هـ - بروز العلاج (المتمركز حول العميل) على يد (كارل راجرز).
و - انعقاد مؤتمر (بولدر بولاية كولورادو عام ١٩٤٩) لتنظيم إعداد الأخصائي العيادي وتدريبه وتأهيله.
ز - مع قدوم الستّينات توجّه الاهتمام من الكبار وقدماء المحاربين إلى الاهتمام (بمشاكل الأطفال).

التيارات المساهمة في ارتقاء العلاج العيادي:

١ ـ نمو التيار السايكايتري (الطب النفسي).
٢ ـ تأثير التيار الجشتالتي.
٣ ـ تأثير تيار علم نفس التعلم والتطور التجريبي.
٤ ـ تأثير علم نفس الذات ونظرية الإطار المرجعي.
٥ ـ ظهور العيادات النفسية.
٦ ـ ظهور الاختبارات وانتشارها.

١ ـ نمو التيار السايكاتيري للطب النفسي:

أ ـ قادَ هذا الاتجاه الطبيب الألماني (كرابلين) ويربط هذا الاتجاه الأمراض العقلية والنفسية بالطب وقد صنّف (كرابلين) الأمراض العقلية إلى مجموعتين: (جنون الهوس الدّوري والاكتئاب/ والفصام أو جنون المراهقة) والتعليل الطبي يهتم بالأعراض ويهمل أسباب وديناميات المرض.

ب ـ ساهمت المدرسة الفرنسية على يد (بيير جانيه: P. Janet) بنمو الطب النفسي فقد درس الوساوس والمخاوف المرضية و(شاركو) الذي طبق التنويم الإيحائي في الهستريا وعلاجها.

جـ ـ شرح (وليم جيمس) في كتابه: (مبادىء علم النفس ١٨٩٠) أهمية النظرة الديناميكية ـ قبل فرويد ـ وترك (ستانلي هول) تأثيراً مماثلاً رغم إعجابه (بداروين)؛ وقد وجد (فرويد) في جامعة كلارك عام ١٩٠٨ فرصة لعرض آرائه في التحليل النفسي أما (آدولف ماير) فقد اهتم بضعاف العقول من الأطفال والمراهقين.

٢ ـ تأثير التيار الجشتالتي: (ليفين/ كوهلر):

أ ـ ابتكر الجشتاليتون من خلال المنهج التجريبي مبدأ التنظيم وفكرة المجال والنظرة الكلية الشاملة The Whole.

ب - تمكّن (ليفين/ وكوهلر) وغيرها عن طريق الملاحظات المقارنة المنظّمة إدراك النظام الدينامي للتوتّرات: System of Tension.
واستفاد منها (كانون: Cannon) في تقديم فكرته عن (التوازن الحيوي) و (خفض التوتر): Homeostasis and Tension Reduction.
وساعد ذلك لظهور (نظرة مستقبلية للسلوك): Behavioral Futurism كبديل (للماضي) عند مدرسة التحليل النفسي؛ وبداية لتعديل السلوك وتفسيره: Behavior Modification and Interpretation.

جـ - يتحدّد (المجال النفسي) بنظر (ليفين) بعوامل اجتماعية: Social Determinants. أكثر مما تحدده العوامل الطبيعية وتوجد علاقة متزامنة بين السبب والنتيجة: Contemporaneous وقيمة الماضي تكون في كونه (حاضراً) طبقاً لمبدأ الواقع: (هنا، والآن: Here and Now) في نشوء المرض وعلاجه.

٣ - تأثير تيار علم نفس التعلُّم والاتجاه التجريبي:

أ - تأثر (ميللر/ ودولارد: M. E. Miller, J. Dollard) بأفكار (هول Hull) في التعلم بكتابهما الشهير: Personality and Psychotherapy.
وتعتبر (بحوث التعلم) المعاصرة (حلقة التلاحم المستقبلية) بين (علم النفس التجريبي) و (علم النفس العيادي).

ب - إن من أهم انجازات هذا الاتجاه التعلُّمي هو ابتكار العلاج السلوكي الحديث: Behavior Therapy.

٤ - تأثير تيار علم نفس الذات (الإيغو) والإطار المرجعي:

أ - يعتبر (سينغ وكومس: Syngg + Combs) من أبرز من اهتم (بالإطار

الداخلي المرجعي للذات): The Internal Frame of Reference.
بينما ذهب آخرون للاهتمام (بالإطار الخارجي المرجعي).

ب ـ اهتم (كارل راجرز) بهذا التيار وقام بتطويره باستخدام الاختبارات الإسقاطية والاتجاه المتمركز حول العميل؛ وتحدث عنه (ليكي Lecky) في كتابه عن (الاتساق النفسي: Self Consistency).

٥ ـ ظهور العيادات النفسية:

أ ـ تعتبر عيادة (بلوكلي في فيلادلفيا) ١٧٥٣م أول عيادة بأمريكا للأمراض العقلية وقد أشار عنها (والتر كوفيل) في كتابه: علم نفس الشواذ: Blochly Insane Asylum.

ب ـ كانت (مستشفى فرجينيا) عام ١٨١٣ هي الثانية وقد حث (بنجامين روش: Benjamin Rush) على الاهتمام بمرضى العقول باعتباره (أبو الطب النفسي الأمريكي).

جـ ـ تأسست عام ١٨٤٦ في ولاية يوتيكا (الجمعية الطبية ـ النفسية الأمريكية) وعام ١٨٨٠ تحولت إلى (جمعية الطب النفسي الأمريكية): American Psychiatric Association.

وتأسست عيادة بنسلفانيا عام ١٨٩٦ لعلاج مشكلات الأطفال: Pennsylvania University Clinic ويعتبر المؤرخون بأن (وايتمر Witmer) هو (أبو العيادات النفسية) وجاء بعده (بيير: C. W. Beer) في جهوده لتحسين حالة المرضى العقليين والنفسيين وعلاجهم ووقاية وعلاج الأطفال.

٦ ـ ظهور الاختبارات وانتشارها: Testing Trend:

كان لظهور (أدوات القياس) من [اختبارات ذكاء/ وشخصية] دوراً هاماً في تقدم التشخيص والعلاج، ومن أشهر الاختبارات هي:

أ - **اختبارات الذكاء**: وقد تطورت على الشكل التالي:

- اختبار (جودارد ١٩١٠) و (كولمان).
- اختبار (تيرمان - ميريل ١٩٣٧).
- اختبار (ستانفورد - بينيه).
- اختبارات (سبيرمان - تومسون - ثرستون - جيلفورد).
- اختبارات (جان بياجيه).
- اختبارات (ويكسلر - بيلفيو) للكبار والأطفال.

Wechsller Adults Intelligence Scale
Wechsller Children Intelligence Scale.

ب - **قياس الشخصية**:

- قياس العصاب Neurosis (وود وورث ١٩١٨).
- قياس الانفعالات Tensions (بريسي ١٩٢١).
- قياس شخصية الأطفال (وولكر ١٩٢١).
- قياس الانبساط والانطواء (مارتسون ١٩٢٤).
- قياس القيم الشخصية للفرد (آلبورت/ فيرنون ١٩٣١).
- اختبار مانيسوتا المتعدد الوجوه (كورنيل/ برونر/ ويتر/ بيل M.M.P.I.
- الاختبارات الإسقاطيّة (جالتون/ الروزشاخ/ اختبار تفهم الموضوع: T.A.T، واختبار تداعي الكلمات ورسم الرجل وغيرها[1].

---

(١) راجع: د. عطوف محمود ياسين (علم النفس العيادي) جـ ٢/ ١٩٨٦/ بيروت/ لبنان/ دار العلم للملايين/ ص ٤٧ - ص ٥٧/ وأيضاً:
راجع (ص: ٤٤٧ - ٦١٣ وقائمة (ساند بيرغ - تيللر) ص: (٧١٧ - ٧٣٦).

الاتجاهات الكبرى والمدارس في سيكولوجية الأمراض العقلية والنفسية:

١ ـ المدرسة الطبية ـ العضوية (كريبلين): Medical - Organic:

يركز (كريبلين) على تصنيفه للأمراض وعلى أهمية (الدماغ) في المرض العقلي؛ وقد أنكر فكرة ديناميات السلوك والمرض واللاشعور.

٢ ـ المدرسة النفسية ـ البيولوجية (أدولف ماير): Psycho - Biological:

وهي رد ونقد للنظرية الطبية ـ العضوية السابقة ويرى (ماير) أن المرض وحدة مستقلة ولكن مصدره نفسي/ بيولوجي/ جسمي/ اجتماعي/ وله ديناميّاته الخاصة.

- يؤكد (أدولف ماير) أن المرض ناتج عن الوراثة وحمل الطفل والرضاعة/ ومراحل الطفولة/ والأمراض العضوية/ وتجارب الحياة/ وشدائد المحيط/ وظروف البيئة.
- السلوك هو نتاج الشخصية ككل ولكل فرد شخصيته المتميّزة وتاريخ حياته وحالته والمرض.
- المرض هو رد فعل Reaction لأحداث الحياة وعواملها الصغيرة والكبيرة. وحين يفشل الإنسان في تقبل العالم الخارجي المتناقض وطبيعته المتصارعة يصل إلى المرض العقلي فلا بد من التكيف والتأقلم والتوازن بين (غايات وآمال الإنسان) وبين ما هو (ممكن وواقع) من جهة ثانية حتى لا تحدث الفجوة التي غالباً ما يسقط بها المريض. والعُصاب مثال لشعور الإنسان بالنقص. وكل مرض نفسي هو (رد فعل مَرَضي) Reaction Type.
- [ماير] يركّز على مزج اتجاهين معاً: [الإنسان البيولوجي ـ العضوي ـ وتاريخه، والإنسان النفسي وتاريخ الاجتماعي والتربوي والثقافي لكي

ينتج إنساناً حيّاً فاعلاً مفكراً]. وهناك من يرى مع (ماير) أن الفصام هو رد فعل أو (رجع شيزوفريني) مثل (آرثر نويز A. Noyes) في كتابه الشائع الصيت في الطب النفسي السريري: Modern Clinical Psychiatry. وتأثر به في (إدنبره)، [هندرسون: Henderson] في كتابه: Henderson + Giuespie's Text Book of Psychiatry. ومع نقده لنظرية (كريبلين) لكنه لم يصل لتصنيف وتقسيم دقيق للأمراض.

٣ ـ المدرسة السلوكيّة ونظرية التعلُّم: (بافلوف/ واطسون/ سكينار):

ـ يعتبر (واطسون بعد بافلوف) من رواد هذه المدرسة وجاء بعدهما كارل هول: C. Hall وتولمان: Tolman وميللرMiller ودولارد: Dollard وآيزنيك: Eysenck، وماري جونز: M. Jones وولب: Wolp وسكينار: Skinner.

ـ ترتكز هذه المدرسة على مبدأ (الإثارة Stimuli والاستجابة Response) وتتبع (قوانين المنعكسات الشرطيّة فالسلوك (مرضياً) أو (سوياً) هو استجابة للحافز المثير.

ـ انتقد آخرون هذا الاتجاه (الآلي) الصحيح في (مختبرات الحيوان) والصعب في تطبيقه حين يتناول عواطف الإنسان وديناميات سلوكه، فالسلوك ليس دوماً: س = ع × د

[السلوك = عادة × دافع]؟؟

ـ السلوكيّون يرون أن (المرض) نتيجة لتعلم خاطىء وعادة غير متكيّفة وهو استجابة ورد فعل وعلينا (إعادة تعلم) سلوك أصح و(اكتساب عادة) صحيحة بعد (إطفاء وتخفيف أو إزالة) العادة الخاطئة بالعلاج السلوكي.

ـ لا يعترف السلوكيّون بالعقل الباطن (اللاشعور) أو الكبت أو التعويض والتسامي فكلها في نظرهم تابعة للتحليل النفسي.

٤ ـ المدرسة التكوينية: (كرتشمر) و (شيلدون):
Developmental School :

ويربط (كرتشمر) بين المرض والتركيب البنْيوي لشخصية الفرد:

ـ البنية المملوءة ـ المكتنزة: [قصيرة ـ مرحة ـ متقلبة المزاج من مرح إلى حزن وكآبة].
ـ البنية النحيفة: [أطراف طويلة ـ انطواء وعزلة ـ خجل وحساسية ـ احتمال فصام].
ـ البنية الرياضية: [عضلات قوية ـ انطواء وانسحاب من المجتمع].
ـ البنية المرتبكة: [عدم تناسق جسمي ـ غير خاضعة لقواعد وسمات محدّدة].

وقد أيد هذا الاتجاه (آيزنيك/ وفيرنون/ وشيلدون).

٥ ـ المدرسة الوصفيّة والطاقة (جانيه): **Janet**

يصل الفرد للتوازن العقلي والنفسي بواسطة مستوى معيّن من التوتر النفسي والعُصاب هو هبوط هذه (الطاقة) عن مستواها المتوازن والعصاب يظهر على شكل (هستريا) أو شكل (إرهاق نفسي ـ خُراض).

٦ ـ المدرسة الفيزيولوجية ـ الإشراطية ـ الانعكاسية (بافلوف):

وترى هذه المدرسة أن (السلوك هو إثارة/ واستجابة) والمرض هو استجابة ورد فعل لمثيرات مزعجة. ويتحكم في الاستثارة قانونان:

ـ الاستثارة: Excitation وهي الاستجابة للمنبه الشرطي.
ـ الكف أو التثبيط: Inhibition وهي عدم الاستجابة بالمرة.

وطبق (بافلوف) على الحيوانات (استثارات عُصابية) ليرى آثارها وانعكاساتها، واستفاد (السلوكيون وأصحاب مدرسة التعلم) منه؛ أمثال (ميللر/ دولارد، واطسون، سكينار، وولب) وغيرهم.

٧ ـ المدرسة التحليلية ـ الفرويدية: (فرويد):

ـ أكد (فرويد) أن اتجاهات وأمراض ومشاعر الإنسان لا تصدر فقط عن (العقل الواعي) بل عن (العقل الباطن ـ اللاشعور). والأحلام هي رموز تعبر عن ميول واتجاهات العقل الباطن عندنا.

ـ (اللبيدو) هي طاقة الجنس واللذائذ الأخرى وهي مصدر الأمراض العصابية حين تتعرض للكبت والعلاج والشفاء يتم بإشباعها.

ـ عند الإنسان (غرائز حياة): إيروس Eros وهي الطاقة البناءة فيه وتتمثل بها غرائز الجنس والطعام والشراب؛ وهناك (غرائز موت) ثاناتوس: Thanatos كالميل للشر والعدوان وتدمير الذات والانتحار. وكلا الطاقتين تتنازعان وتتنافران وهما مصدر التوتر والقلق والكآبة وصراع بين الحب والكراهية.

ـ يجتاز الطفل (خمس مراحل):

- المرحلة الفمية: **Oral Stage**: ويتركز في الفم اللذة الجنسية من مص وبلع وعض ورضاعة (١ ـ ٢).

- المرحلة الشرجية: **Anal. S.**: عمليات الهضم والتبول (٢ ـ ٤).

- المرحلة القضيبية: **Phalic. S.**: الطفل يميل لأمه ويكره أباه ويتمنى قتله (عقدة أوديب) والفتاة تكره أمها وتعشق أباها (عقدة إليكترا) وشعور بالنقص لعدم وجود الخصيتين (٤ ـ ٦).

- مرحلة الكمون: (٦ ـ ١٢): وهي مرحلة خمول وكمون جنسي.

- المرحلة التناسلية (١٢ ـ ١٨): وهي مرحلة النرجسية والمراهقة.

وينشأ (العصاب) نتيجة صراع (الأنا ـ الإيغو Ego) بين (الهو ـ الإيد Id الغرائز) و (الأنا العليا ـ المثل العليا والضمير): The Super Ego.

وفيما يلي (المحلّلون المُحَدثون):

٨ ـ مدرسة يونغ التحليليّة: **Young**

ـ اختلف عن (فرويد) بأن (الجنس) ليس وحده سبباً للأمراض وطريقاً لعلاجها؛ فهناك (طاقات الحياة العديدة) وغرائزها الكثيرة.

ـ اللاشعور يبدأ (فردياً) ويتوجه نحو الناس، والإنسانية ويصبح (جماعياً).

ـ يتنازع الإنسان اتجاهان غريزيّان هما (الإنطوائية والانبساطية) Introversion and Extraversion.

ـ تداعي الكلمات الحر: Free Word Association هو أداة عملية في العلاج؛ والتكيُّف حول تحوُّل الإنسان من (فرديٍ إلى جماعي ومن إنطوائي إلى اجتماعي).

٩ ـ مدرسة إدلر التحليليّة: **Adler**:

ـ هو مؤسس (الاتجاه الفردي) وقد رفض (الجنس/ واللاشعور) من فرويد واعتبر القوة الدافعة هي (حب السيطرة والقوة) كرد فعل (لشعور النقص) وكلاهما غرائز فطريّة.

ـ كل فرْد ينجح بالتعويض فيتخلَّصْ من (عقدة النقص) التي تعتبر مصدر القلق والعُصاب والأمراض: Inferiority Complex.

ـ إن السبب في (تفوُّق الموهوبين: The Gifted) هو تلك القدرة الخارقة على تجاوز ـ الشعور بالنقص ـ التي يسقط بها آخرون. وتأثر (إدلر) بآراء (نيتشه).

١٠ ـ مدرسة (هورني) التحليليّة: **K. Horney**:

ـ مدام (كارين هورني) ترى العصاب والقلق نتاج (العجز) تحت ضغوط

(الحضارة الماديّة المعاصرة) التي تحمل العدوان وعدم الأمان والكراهية والانسحاب للإنسان.

- البيئة والثقافة والمجتمع مسؤولة عن انهيار الإنسان وأمراضه والتغيير يجب إحداثه بها قبل إحداثه بالإنسان.

١١ - مدرسة (أوتو رانك): O. Rank التحليلية:

- انفصال الطفل عن الأم بالولادة هو (مصدر القلق الأول).
- انفصال الفرد عن الأسرة بالزواج هو (مصدر القلق الثاني).
- (الإرادة والثقة) هي العامل الأساسي في تكوين الشخصية واضطراب الإرادة يولّد الشعور (بالذنب).
- العلاج يتم بغرس الثقة والمسؤولية والإرادة عند الفرد.

١٢ - مدرسة (إيريك فرام) السيسيو - سيكولوجية: E. Fromm:

- فرام عالم اجتماع ونفس تحليلي؛ حضاري؛ ويؤيد فرويد في ميول البشر الغريزيّة ويعارضه في وجود (ميول حياتيّة) للفرد نحو الحب والقوة والشهرة والدّين.

- الشخصية عند (فرام) إما منتجة ناضجة متوازنة/ أو غير ناضجة وغير منتجة: Non - Productive وتكون على عدة أشكال:

أ - **ابتزازيّة**: تأخذ ولا تعطي وتعيش عالةً على الآخرين.
ب - **استغلالية - ميكيافيلليّة**: غايتها الوصول والانتهازية.
جـ - **الكنوزيّة**: وتتسم بالبخل والشح والمبالغة في الدقّة والجمود.
د - **المسواقة - السلعيّة**: وتعرض نفسها للبيع بثمن وتتلوّن كالحرباء حسب كل الظروف ومقياسها النجاح والتكيُّف وكل هذه الأصناف تعوزها (القيم والهدف).

١٣ ـ مدرسة (هاري سوليفان):

ـ يؤكد (سوليفان) على أهمية (العلاقات الإنسانية) بين المريض والمعالج والتعاطف معه والتفاعل مع مشاكله.

ـ يرى أن للإنسان حاجتين رئيسيّتين هما:
[حاجات بدنيّة/ وحاجات أمن واطمئنان] وبدونهما يحدث الخلَلْ والقلق والمرض وبهما يحدث العلاج والشفاء.

١٤ ـ جماعة (لندن التحليليون): London Group:

ومن أشهر أتباع هذه المدرسة (مدام ميلاني كلاين: M Klein) و(إرنست جونس: E. Jones) وانشؤوا (العلاج باللعب) Play Therapy للأطفال وعلاج الكبار بالتحليل النفسي Adult Psycho - Analysis.

١٥ ـ جماعة (شيكاغو التحليليون): Chicago Group:

ومن أبرز أتباع هذه المدرسة فرانس الكسندر F. Alexander وهيلين دوتش: H. Deutcsh وكارل منجر K. Menninger وتركز نشاطهم العلمي في (معهد شيكاغو للتحليل النفسي) ولم يؤمنوا بكل ما جاء به فرويد واعتبروا أن الصراعات ليست جنسية فقط بل هي صراعات حول [معضلات احترام الذات وتأكيدها] وتطلّع الإنسان نحو الحب والعطف وحاجته إليها؛ وبدون إشباعها يحدث الخلَل ويحدث المرض.

١٦ ـ المدرسة الوجوديّة في الأمراض العقلية والنفسية:

ـ الإنسان وحريته هو محور الوجود ولا بد من (فهم المريض بالتقمُّص) بين المريض والمُعالج لإدراك مشاعره وأفكاره لعجز الإنسان تحت الضغوط عن فهم نفسه [بنزوانجر: Binswanger].

- ساعدت (الفكرة الوجودية) عند: (كيركيجارْد، هيدجر، كامو؛ جان بال سارتر، سيمون دي بيفوار- نيتشه، جورج صاند- ياسبرز، غوردن آلبورت- كارل راجرز؛ وغيرهم كثير...) على ربط علم النفس الوجودي بمشكلات الإنسان وحضارته الحالية التي تحمل (المخاوف والأخطار) للإنسان (رولوماي Rollo - May/ وجيبشاتل: Gebsattle) ومن أبرز هذه الأخطار:

أ - (خطر القلق والضياع) الناتج عن (الخوف من الموت) الذي يهدّد الوجود الإنساني (كارل ياسبرز: C. Jaspers).

ب - فشل الإنسان (بعد حربين عالميتين طاحنتين) في إنجاز آماله وأمانيه وتدميره لحضارته [راجع كولن ولسون: سقوط الحضارة/ اللامنتمي/ وراجع سارتر: اللامخرج: No - Exit].

جـ - الاكتئاب هو شعور بتوقّف الزمن الذاتي أي أن (قلب الإنسان لم يعد لديه القدرة على التحرُّك من جديد) وحريّته أصبحت مجرد شعارات.

- إن مشكلة الوجودية هي أنها (تطرح مشكلات) ولكنها (لا تعطي حلولاً) لها. فتصويرها (لأزمة الإنسان وحضارته) هو تصوير جيّد ولكن كل ما جاءت به هو مجرد [إنشاء وتعبير وميض] وقد اعترف (سارتر) بعدم وجود مخرج للحضارة المادية التي تتحفّز حالياً بالسباق النووي المحموم إلى (حرب عالميّة ثالثة). ويفتقر التفسير الوجودي إلى (منهجيّة علمية) بجانب عدم قدرتها على (تحديد أسلوب للعلاج).

١٧ - مدرسة (ماسلو) للهياراكي الإنساني: (ماسلو)

- يقرر (إبراهام ماسلو) سُلُماً (هاياراكياً) للاحتياجات الإنسانية التي تبدأ من (احتياجات بيولوجية إلى اجتماعية إلى حاجة الأمن النفسي)، ويضع في قمّة السُلّم [الحاجة إلى تحقيق الذات] كثمرة لإدراك الذات: Self Realization and Actualization. وبذلك يتم شفاء الإنسان.

١٨ ـ المدرسة الراجرِيَّة في التمركز حول العميل: (راجرز)

ـ يعتقد (كارل راجرز) من أنصار (المذهب الإنساني في العلاج النفسي) أن العلاقة المتعاطفة والمتمركزة حول العميل بدون مقدّمات وشروط وبتلقائية عفوية (دون تدخل) بشؤونه هي (الحل) لمشكلات الإنسان وتوجيهه وتشجيعه للتغلب على مشاكله.

ـ يعتبر هذا الأسلوب (أسلوباً إرشادياً نفسياً) Counselling and Guidance. وقد لا يتمكن من التصدّي لأمراض عقلية وحالات نفسية صعبة، ومع ذلك فقد نجح في (كاليفورنيا) مع كثير من المرضى.

١٩ ـ مدرسة الطبيب الاسكندر:

ـ ترتكز هذه المدرسة على ثلاثة أسس (الطب ـ الرياضة ـ تنظيم الغذاء) ولكل منها منهج كامل ولا تنفصل واحدة عن الأخرى.

ـ بدأ الطبيب الاسكندر بتطبيقاته في بريطانيا ثم أمريكا من (الجسم) وانتقل إلى (التمارين الحركية الرياضية المبرمجة) ثم اتجه نحو (برمجة الغذاء) واقتبس الكثير من (برامج اليوغا الهندية).

٢٠ ـ مدرسة الأبعاد المتعدّدة والتكامل الشمولي:

Multidimensional Approach :

أ ـ أسس هذه الاتجاه منذ (سبعة قرون) في التاريخ: [الموسوعيون الإسلاميّون] وبرز الآن من جديد في القرن/٢١/على يد الأطباء والمعالجين النفسانيين (بفريق العمل) أمثال: [آيزنيك Eysench/ فلمنج Fleming/ د. كوبر D. Cooper/ لينغ: Lange/ ماير ـ كروس/ إليوت سليتر/ مارتن روث: Martin Ruth/] الرئيس الحالي لكلية الأطباء النفسانيين الملكية في بريطانيا، ويعتبر كتابه الجديد في الطب النفسي: Clinical - Psychiatry من أحدث المؤلفات

الموضوعيّة المعاصرة التي نجحت في التحرُّر من (جزئية النظرة)، والمرض في هذا الاتجاه له أسباب ومصادر عديدة كما أن علاجه لا يتم بطريقة واحدة بل بأساليب وطرق متعددة.

ونود أن نؤكد ـ للقارىء الكريم ـ بأن جميع (أساليب العلاج) الدوائي والنفسي انبثقت عن هذه (المدارس العشرين) السابقة لأنها محاولات جادة في تشخيص المرض وأسلوب علاجه.

عصر السباق النووي والقلق والإيدز:

يتساءل اليوم (الإنسان المسحوق)، مع مطلع القرن/ ٢١/ والمخاوف والأزمات تقض مضجعه أكثر من أيِّ وقتٍ مضى؟ إلى أين يسير العالم؟ وما الذي دهىٰ (الحاكم الطاغية) الذي خلق من نفسه (إلهاً اصطناعياً) على حدِّ تعبير فيلسوف جامعة ييل بأمريكا (بال تيليش: Paul Tillish) فأقام من نفسه سلطةً جائرة ساديَّة تتلذَّذ بامتصاص الدماء وابتزاز البشر وتخزين الصواريخ النووية التي تكفي مع قدم (عام ٢٠٠٠) إلى تدمير ما يزيد على (٤٠٠٠) كرة أرضيةً بحجم عالمنا المثخن بالجراحات والأمراض والمجاعات، وقد قسم المفكر (باولو فريري Paulo Freire) سكان العالم إلى نوعين من البشر [الظالمين الطغاة: Oppressors والمسحوقين ـ الضحايا: Oppressed][(١)].

ويبدو أن (الأمانة) التي عرضها الله على السموات والأرض فأبين أن يحملنها؛ وأشفقن من حملها؛ وتقدّم الإنسان الذي نفخ الله فيه من روحه ليحمنها؛ وأمر الملائكة أن يسجدوا جميعاً لذلك الإنسان العظيم (آدم: أبي البشر) يبدو اليوم أن تلك (الأمانة) و(الرسالة) قد سقطت عن كتف ذلك (الإنسان العاق) مرة ثانية وفضّل [تكرار العصيان] الذي قام به في

---

(١) P. Freire: Education for Critical Consciousness, 1974 - Seabury Press - New York.

المرة الأولى وكلفه مغادرة النعيم والهبوط إلى درك الأرض؛ واليوم؛ وعلى مفترق الطرق لم يعد أمام إنسان إلا فرصة الخيار الأخيرة:

[الله أو الدمار][1] فهل يتمكن الإنسان المقهور من الإفلات من قبضة الطغاة الذين أحكموا حوله كل وسائل القهر النفسي والجسدي فتحول العالم إلى [عبودية الإنسان للإنسان] في حضارةٍ سمّاها (جان جاك روسو) ـ حضارة الوحشيّة ـ لانطفاء القيم الإنسانية فيها. هل يتمكن (الإنسان المقهور) من تحرير نفسه وحضارة عالمه المادّي من الأصفاد الأرضيّة؟؟؟ إن القرن القادم؛ والتاريخ؛ هما الكفيلان بالإجابة على هذا السؤال الذي تتهاوى أمام جبروته كلُّ الإجابات الوضعية الصبيانيّة الساذجة؟.

إن (الإنسان المعاصر المسحوق) يواجه أزمات معقّدة تتناول قوته اليومي وشرابه ومسكنه وجسمه ودواءه وعلاجه ولباسه وعمله المهدد، وحياة أطفاله وأهله؛ وبقاء أسرته؛ وهدوء تفكيره، وراحة أعصابه؛ ويجتاح العالم تيار مادي رهيب؛ انقلبت فيه المعايير، وتزلزلت فيه القيم، وانهارت فيه قيمة النقد، وأصبح الغلاء في الأسعار والتضخُّم سياطاً يلذع الظهور ويفجر (أشنع الأمراض العقلية والنفسية) ولكي ندلل على صحة (الافتراضات السابقة) التي نراها تصل إلى مستوى (الحقائق) نذكر الأمثلة التالية:

١ ـ وقف الدكتور (ريز: Ries) رئيس الجمعية الدولية للصحة العقلية في المؤتمر / ١٢/ للصحة العقلية في (برشلونة) وقال ما نصُّه:

«إن أبرز ما يتصف به القرن العشرون أنه قرن تسوده عوامل الصراع والتطاحن والحرب النفسية لدرجة جعلت كثيراً من سكان العالم في بقاع مختلفة يعيشون على حافة الهاوية. ولهذا كان علينا أن ندعوه بعصر القلق: The Age of Anxiety.

---

(١) راجع: سعد جمعة: الله أو الدمار ـ الأردن ـ عمان ـ.

ولكن أليس من الغريب أن تتداعى الحكومات حين تنتشر أحد الأوبئة الصحيّة وتبذل الملايين لمكافحة المرض كوباء الكوليرا أو الايدز؟ بينما تقل العناية بمئات الأمراض العقلية والنفسية التي تجتاح البشرية اليوم؟ لقد تعرّض العالم إلى حربين عالميّتين أشاعتا بنفوس الناس الدمار والتشويه والقلق والذعر والمخاوف والارتباك والسباق النووي المحموم بين القوى الكبرى على حساب أقوات الناس وحرمانهم من ضرورات ومقوّمات البقاء».

ويشير تقرير صادر عن (المعهد الاستراتيجي الدولي بلندن) على أن ميزانية المصروفات العسكرية الأمريكية (البنتاغون) قد زادت في العام الواحد على]٢٠٠,٠٠٠,٠٠٠,٠٠٠[دولاراً وزاد على هذا الرقم مصروفات التسليح للعام الواحد في الاتحاد السوفيتي؛ وهذا مؤشر إلى أن اتفاقيات سحب الصواريخ وخفض ترسانات الأسلحة ما هي إلا تمهيد مؤقت لحرب ثالثة نووية تهدّد العالم كله بالفناء؛ في الوقت الذي تتضاعف فيه آلام الناس النفسية وأمراضهم العقلية بنسبة ١٠٠٪ في كل بلد من بلدان العالم المضطرب.

أما الطبيبة النفسانيّة (ك. هورني) فتحدّد أسباب القلق والأمراض النفسية فتقول في مؤتمر بنيويورك:

«إن الحضارة الحديثة تسير بقدمٍ ماديّة واحدة أحرزت فيها مُنجزات ومعجزات؛ لكن الفقر المعنوي والروحي الناضب فيها كوّن في مسيرتها الخلل والتصدُّع وسادت حياة البشر فردية طاغية؛ وتنافس عدواني، وعدم مساواةٍ في الفرص، وتضخم مالي رهيب، وغلاء فاحش، وأزماتٍ في العقول والنفوس لا حلولَ لها، وانتشار للمخدّرات والجرائم بشكلٍ لا يمكن ضبطُه؛ واغتراب وعُزلة وجدانية بين الناس وفي حياتهم: Alienation؛ وظهور انفصامٍ في الشخصية وحالات عُصابيّة واكتئابيّة لا عهد لعصرٍ من العصور السابقة بها كمّاً وكيفاً».

أما (فليكس وكريمر): Felix and Kramer: في أحد أبحاثهما فيشيران إلى حجم الأمراض العقلية والنفسية في عصرنا الحديث بعنوان: Extent of the Problem of Mental Disorder بأن ما يزيد على ٧٥٠,٠٠٠ مريضاً عقلياً يتردّدون باستمرار على المستشفيات العقلية في الولايات المتحدة الأمريكية وأن (٥٠٪) من الأسرّة الموجودة في المستشفيات يعانون من أعراض المرض العقلي و(٦٥٪) من أسرّة المستشفيات يعانون من أعراض عُصابيّة نفسيّة، وأن (الفصاميين) يُعَدّون نصف المرضى العقليين[1].

وفي دراسة أخرى أجريت حول الأمراض النفسية في ولاية (ميري لاند) وولاية (تينسي) بأن ما يقرب من (٣ - ٤) لكل ألف من السكان يعانون أعراض المرض النفسي.

وفي دراسة أجرتها جامعة كولومبيا لمدينة نيويورك التي تزيد حالياً على (١٢) مليوناً تبيّن أن (٣٠٪) من سكانها أي ما يزيد على (٤) ملايين في مدينة أمريكية واحدة يعانون من أعراض إكلينيكية نفسيّة كافية لأن تؤدي إلى اضطراب حياتهم اليوميّة؛ وتضيف الدراسة بأن من أصل (٢٦٠) مليوناً في أمريكا يصل عدد المصابين بأحد الأمراض النفسية أو العقلية إلى ما يقارب من (١٠) ملايين يعاني (الربع منهم فقط) أمراضاً جسمية وعُصابية؛ ولا يصل العلاج منهم إلا إلى (٥) ملايين أي النصف فقط بينما يزاول النصف الآخر إدمان المخدّرات والكحول والتشرّد والجرائم والبطالة.

وفي إحصائية للعالمين: غولدهامر/ ومارشال في كتابهما:
Psychosis and Civilization.

يُشيران بأن هناك أكثر من (٦٪) من السكان يعانون نوعاً من سوء التوافق وأن عدد الذين يدخلون مستشفيات الأمراض النفسية

---

(١) Felix. R. H. and R. H. Kramer: 1953. Extent of the Problem of Mental Disorders, Ann. Amer. Acad, Pol, Soc, Sci, 286: 5 - 14, 1953.

والعقلية يزيد على عدد الـذين يتخرّجـون من كافـة الجامعـات والكلّيات سنوياً. وأن (٧٥٪) من المرضى الذين يتردّدون على الأطباء الجسميين يعانون بعض الاضطرابات النفسية الانفعالية»[١].

ويشير (نورمان كاميرون): N. Cameron في كتابه:
The Psychology of Behavior Disorders ما نصه:

«إن من أخطر المشكلات التي تقلق المواطن الأمريكي هي شيوع ظاهرة انتشار المخدّرات، واضطرابات السلوك Behavior Disorders حتى أنها تكاد تصبح مشكلة قومية عامة، ويوجد في مستشفيات أمريكا ٦٠٠,٠٠٠ معظمهم ذهانيون: Psychotics والبقية منهم فصاميون: Schizophrenics. وهذا العدد يفوق كافة مرضى الأجسام التي تتطلب عمليات جراحيّة في المستشفيات الأمريكية»[٢].

ويشير تقرير عن إدارة الصحة الأمريكية (واشنطن: D. C) /١٩٨٥/ بأن نفقات العلاج السايكايتري وصلت إلى ١٢٠,٠٠٠,٠٠٠ دولار ويضاف إلى هذا المبلغ ما يصرف على علاج المرضى الذهانيين وبذلك يكون إجمالي التكاليف السنوية ما يزيد على ٧٧٠,٠٠٠,٠٠٠ دولار؛ ويؤكد (كاميرون) بأن المشكلة التي تواجهنا في البحوث هي عدم دقّة الإحصائيات في المستشفيات ولكن هذه الأمثلة والمؤشرات هي مبررٌ دامغ لظهور ميدان (الطب النفسي) كفرع رئيسي من فروع الطب الحديث: Rationale.

---

(١) Goldhamer, + H. Marshall, A. W.: Psychosis and Civilization. Glencoe. Ill. Free Press. 1953.

(٢) Cameron. N.: The Psychology of Behavior Disorder, A Biosocial Interpretation.

- راجع أيضاً د. عطوف محمود ياسين [كتاب الأمراض السيكوسوماتية] ١٩٨٨ بيروت: (مؤسسة نوفل).

مصادر هامة للفصل الأول

١ - أثر العلماء المسلمين في الحضارة الأوروبية - أحمد علي الملا - (دار الفكر).

٢ - دراسات في الحضارة الإسلامية - د. أحمد شلبي.

٣ - شمس العرب تسطع على الغرب - د. زيجريد هونكه (المستشرقة الألمانية).

٤ - تاريخ العلوم عند العرب - د. عمر فروخ.

٥ - تاريخ العلم - جورج سارتون.

٦ - تاريخ الحضارات العام - إدوار بروي.

٧ - قصة الحضارة - وول ديورانت.

٨ - تاريخ البشرية - آرنولد توينبي.

٩ - الثقافة الإسلامية والحياة المعاصرة - كويلر بونج.

١٠ - الحضارة العربية الإسلامية - د. أحمد شوكت الشطي.

١١ - الإسلام والطب - د. أحمد شوكت الشطي.

١٢ - تاريخ الطب (١ - ٢ - ٣) - د. أحمد شوكت الشطي.

١٣ - لمحات من التراث العربي الطبي - د. مرسي محمد عرب.

١٤ ـ الطب العربي ـ د. براون (ترجمة: د. داوود سلمان ـ بغداد).
١٥ ـ ابن النفيس ـ د. بول غليونجي ـ سلسلة أعلام العرب ـ القاهرة.
١٦ ـ الشيخ الرئيس ابن سينا ـ مطبعة الكاتب العربي ـ دمشق سنة ١٩٨١ ـ المجلس الأعلى للعلوم ـ الذكرى الألفية (١٤) بحثاً.
١٧ ـ الطب محراب الإيمان ـ د. خالص جلبي (١٩٨١) بيروت ـ مؤسسة الرسالة ـ ج١.
١٨ ـ مع الطب في القرآن الكريم ـ د. محمد ناظم نسيمي /١٩٨٠/ دمشق ـ الوكالة العامة للتوزيع.
١٩ ـ الطب عند العرب ـ د. عبد اللطيف البدري العراق ـ وزارة الثقافة والفنون.
٢٠ ـ حضارة العرب ـ غوستاف لوبون ـ ترجمة: عادل زعيتر ١٩٥٦ ـ ط٣ ـ دار احياء الكتب العربية.
٢١ ـ فضل العرب في تأسيس المستشفيات وتطويرها ـ د. صبحي محمد نوري.
٢١ ـ الموجز لما أضافه العرب في الطب ـ قاسم محمد.
٢٢ ـ من أعلام الطب العربي ـ أبو الفتح التونسي.
٢٣ ـ التصريف لمن عجز عن التأليف ـ أبو القاسم الزهراوي.
٢٤ ـ القانون (في الطب) ـ ابن سينا.
٢٥ ـ دراسات في تاريخ العلوم عند العرب ـ حكمت نجيب عبد الرحمن.
٢٦ ـ الكلّيّات ـ ابن رشد.
٢٧ ـ الطب النبوي ـ ابن قيم الجوزيّة ـ مكتبة المتنبي ـ القاهرة.
٢٨ ـ الإسلام والطب الحديث ـ د. عبد العزيز باشا اسماعيل.
٢٩ ـ الإسلام والطب ـ د. محمد وصفي.
٣٠ ـ القرآن والعلم الحديث ـ د. عبد الرزاق نوفل.
٣١ ـ الله والعلم الحديث ـ د. عبد الرزاق نوفل.
٣٢ ـ الإسلام والعلم ـ د. يوسف القرضاوي.
٣٣ ـ دراسات في الكتب المقدسة ـ د. موريس بوكاي.
٣٤ ـ الصيام بين الطب والإسلام ـ د. ناظم النسيمي.

٣٥ ـ القرآن محاولة لفهم عصري ـ د. مصطفى محمود.
٣٦ ـ الطب الشرعي ـ د. مصطفى كحال.
٣٧ ـ الطب النفسي ـ د. مصطفى حميد.
٣٨ ـ عظمة الرحمن في خلق الإنسان ـ د. محمد أبو الخير الخطيب.
٣٩ ـ الحضارة الإسلامية ـ د. محمد سعيد رمضان البوطي.
٤٠ ـ التفسير الإسلامي للتاريخ ـ د. عماد الدين خليل.
٤١ ـ روح الدين الإسلامي ـ د. عفيف عبد الفتاح طبارة.
٤٢ ـ الإسلام في قفص الاتهام ـ د. شوقي أبو خليل.
٤٣ ـ الحل الإسلامي ـ د. يوسف القرضاوي.
٤٤ ـ ماذا خسر العالم بانحطاط المسلمين ـ أبو الأعلى المودودي.
٤٥ ـ الفكر الإسلامي الحديث ـ محمد المبارك ـ دار الفكر(١).

(١) إننا ندعو أساتذة الجامعات في خمس وستين جامعة على امتداد الوطن العربي للتأمّل الجاد في مصادر هذا الفصل لمعرفة القليل عن مساهمات حضارتهم في التقدم الإنساني المعاصر والتحرُّر من التبعيَّة والضَّياع، المقصود وغير المقصود.

التصنيفات الإكلينيكية العالمية للأمراض النفسية والعقلية والتحديدات الفارقة: بين المرض العقلي ـ والمرض النفسي

خطة الفصل المنهجيـة :

CLASSIFICATION AND DISTINCTION

- تصنيف الجمعية الطبّية النفسية ـ الأمريكية.
- تصنيف منظَمة الصحة العالمية للأمم المتحدة.
- تصنيف «هارفي روبين» المعاصر.
- التصنيف السوفييتي للأمراض العقلية والنفسية.
- التحديدات الفارقة بين المرض العقلي / والمرض النفسي.
- المقارنة الفارقة بين العُصاب النفسي / والذهان العقلي.

الفصل الثاني

التصنيفات الاكلينيكية العالمية للأمراض النفسية والعقلية
والتحديدات الفارقة بين المرض العقلي والمرض النفسي

تناولنا في (الفصل السابق) تطور الطب النفسي والمساهمات العربية الإسلامية فيه والاتجاهات الحديثة.

وسيعالج هذا الفصل: [مشكلة تصنيف الأمراض] باعتبارها من أبرز المشكلات التي تواجه الناس بما في ذلك (المتخصّص والممارس).

وإن من المؤسف أن نجد (بعض المؤلفين العرب) ممن تشربوا ثقافتهم الضحلة في بلدٍ أجنبي معين؛ يعرضون (فقط) تصنيف ذلك البلد للأمراض العقليّة والنفسية وكأنهم بذلك يرددون ببغاوياً كلمات التلقين التي أعطيت لهم وبذلك وضعوا (الكل) داخل (الجزء).

والتزاماً منا بأمانة العلم الموضوعية؛ وبغياب (تصنيف عربي مستقل) فإننا سنعرض - للقارىء الكريم - تصنيفات العالم كله بكتلتيه التي لا تخلو - بالطبع - من لون آيديولوجي؛ نحن في غنىً عنه، وهي:

[١ -] التصنيف الأمريكي (١٩٦٨): (الجمعية الطبية النفسية الأمريكية).

[٢ -] التصنيف السوفييتي.

ما هو التصنيف؟ Classification :

هو مجرد وضع اسم للمرض الذي نشعر بوجوده سريرياً من خلال الأعراض رغم عدم معرفتنا الدقيقة لكافة أسبابه وتقسيمه وربطه مع مجموعته .

[١ -] التصنيف الأمريكي (١٩٦٨):

استفادت (الجمعية الطبية النفسية الأمريكية (١٩٦٨) من (تصنيف منظمة الصحة العالمية) وبذلك خرجت لنا بالتصنيف المعتمد في معظم مستشفيات وجامعات العالم؛ وبشكل خاص في (البلدان الغربية الرأسمالية ومعظم دول العالم الثالث التابع):

[١ -] أمراض التخلف العقلي : Mental Subnormality :

وتتراوح في الشدّة من التخلف المحاذي للطبيعي : Borderline إلى أعلى درجات العته العقلي .

وتقسم عادةً إلى مجموعتين كبيرتين :

أ - التخلف العقلي البسيط : Simple .

ب - التخلف العقلي الشديد : Acute - severe .

[٢ -] الأمراض العصابية : The Neuroses ويشمل :

أ - القلق النفسي - الحُصار : Anxiety States .

ب - عصاب الحصر القهري : Obsessive - Compulsive. N. .

جـ - الفزع - المخاوف (الرهاب) : Phobia + Fears .

هـ - الاكتئاب الانفعالي (العصابي) : Reactive Depression .

و - النورستانيا (التحوّل العصبي) : Neurasthenia .

ز - المُراق (الوساوس المرضيّة) : Hypochondriasis .

ح - اختلال الأنا (الذات) : Depersonalization .

[٣ -] الأمراض الذهانية الوظيفية (غير عضوية):

Functional or Non Organic Psychosis:

وتشمل (٣) أمراض رئيسية:

أ - الفصام (الشيزوفرانيا) بكافة أشكالها: **Schizophrenia**.

ب - البارانويا (ذهان الاضطهاد) أو الزور: **Paranoid States**.

جـ - الاضطرابات الوجدانية العاطفية: **Affective Disorders**

وتشمل الأمراض التالية:

١ - الكآبة والهوس الدُوري: **Manic - Depressive Psychosis**.

٢ - الكآبة الذهانيّة: **Endogenous Depression**.

٣ - الهوس أو (المرح الدّوري): **Mania**.

٤ - اكتئاب سن اليأس (الميلانخوليا): **Melancholia**.

[٤ -] اضطرابات الشخصية: **Personality Disorders**

١ - الشخصية السيكوباتية (اللااجتماعية): **Psychopathy**.

٢ - اضطرابات الشخصية التكويني: **Constitutional. P. Disorders**.

٣ - الإدمان على الخمر والمخدرات: **Addiction**.

٤ - الانحرافات الجنسية: **Sex Perversions**.

[٥ -] الأمراض الذهانية العضويّة (غير المزمنة):

١ - ذهانية حادة: **Acute Organic Psychosis** وهي نوعان:

أ - هذيان حاد: **Acute Delirium**.

ب - هذيان تحت الحاد: **Subacute Delirium**.

[ط -] الأمراض الذهانية العضوية المزمنة وهي (١٠) أنواع:

١ - ذهان التهاب المخ المزمنة كزهري الدماغ والتهاب السحايا: **Chronic Cerebral Infections**.

٢ ـ ذهان الصَرَع: Epileptic Psychosis .

٣ ـ ذهان الكحول: Alcoholic Psychosis .

٤ ـ أمراض الدماغ التنخُّرِيَّة: Degenerative - Disorders كتصلب الشرايين الدماغية.

٥ ـ الأورام الدماغية: Brain Tumours .

٦ ـ صدمات الرأس: Brain Injuries .

٧ ـ السموم المختلفة: Cerebral Intoxications .

٨ ـ ذهان الحمل والنفاس: Puerperal Psychosis .

٩ ـ الخَرَف المبكر: Presenile Dementia .

١٠ ـ خرف الشيخوخة: Senile Dementia .

[٦ ـ] الأمراض السيكوسوماتية (النفسجسمية):

Psychosomatic Disorders :

٧ ـ اضطرابات موقفيّة مؤقّتة:

Situational or Transient Disturbances :

كاضطرابات التكيف في الطفولة والشباب والبلوغ.

[٨ ـ] الاضطرابات السلوكية للأطفال:

Children Behavioral Disorders .

[٩ ـ] الأعراض الخاصة: **Special Symptoms** :

مثل: الرعشات: Tics واضطرابات الكلام: Speech - D. وسلس البول: Enuresis وسلس الغائط: Encopresis وقلة الشهية: Anorexia Nervosa واضطرابات النوم، واضطرابات التعلُّم.

[١٠ ـ] الاضطرابات الاجتماعية (بدون أعراض عقلية) وتشمل:

أ ـ عدم التوافق بين الزوجين.

ب ـ نقص التكيُّف الاجتماعي.

جـ ـ عدم التكيُّف المهني.

وسنحاول في (الأبواب والفصول القادمة) لهذا الكتاب، التزام التسلسل المنهجي للتصنيف ـ قدر المستطاع ـ ليتمكن ـ القارىء والدارس ـ من وجود معلومات مُتتابعة الاتساق؛ مستساغة التمثُل؛ سهلة الهضم.

تصنيف منظمة الصحة العالمية: W.H.O. Of =U.N.

(١) أمراض التخلف العقلي

(٢) الأمراض الذهانية (عضوية ذهانية (ذهانية وظيفية غير عضوية) (أمراض الشيخوخة)

(٣) الأمراض العصابية (اضطرابات شخصية غير ذهانية (أمراض الأطفال النفسية)

تصنيف روبين ـ المعاصر [(١)]

الأزمات النمائية للفرد (متوقَّعة)
Developmental Crisis
{ Predictable +
Transitional:

١ ـ الانفصال عن الأم ومشاكل الطفولة

أحداث الحياة الطويلة المفاجئة (غير متوقَّعة)
Unpredictable Disruptions

١ ـ الاستقلال المفاجىء عن الأبوين والأهل

---

(١) See Harvey Ruben: «Crisis Intervention» Popular Library, Canada - Ont, 1976. Toronto -.

[متوقَّعة]	[غير متوقَّعة]
٢ ـ مرحلة البلوغ وصراعات المراهقة	٢ ـ طلاق أو موت أحد طرفي الأسرة
٣ ـ ترك المنزل والجو العائلي	٣ ـ المرض والصدمات المفاجئة
٤ ـ أزمات الزواج وظروفه	٤ ـ الرسوب والفشل في الدراسة أو الجامعة أو مسابقة أو محاولة.
٥ ـ توتر وضغوط الحياة اليومية	٥ ـ خسارة تجارة أو عمل ومهنة
٦ ـ البطالة ومشاكل العمل وفرصُه واختياره	٦ ـ اصطدام أو حريق أو سرقة أو خصام
٧ ـ الدراسة والتحصيل والفشل واختيارها	٧ ـ التفكك والمشاحنات العائلية
٨ ـ ولادة الولد الأول	٨ ـ التهاب أو حُمّى أو إصابة عضوية (جلطة/ صُداع/ ضغط/ سُكّر)
٩ ـ الإحالة للمعاش	٩ ـ إفلاس مالي أو مصادرة ممتلكات
١٠ ـ عزلة الشيخوخة	١٠ ـ مخاوف موت أو فشل يومي مفاجيء
١١ ـ وفاة أحد الأولاد أو الزوجة	١١ ـ شعور الاغتراب والعزلة واليأس وعدم وجود هدف في الحياة
١٢ ـ احتمال وجود عاهات ولاديّة عند الفرد أو عند أحد أولاده	١٢ ـ أي حادث مفاجيء غير متوقّع

سمات عامة لتصنيف هارفي روبين:

١ - في الأزمات (المتوقّعة) يجب أن يدرّب الإنسان من الطفولة على حتميّتها و(غير المتوقّعة) يجب أن يتعلّم معايشتها وتوقّعها والتكيّف معها بحلول عملية.

٢ - يركز (روبين) على (أهمية العائلة) باعتبارها (مصدر العواطف والاستقرار النفسي).

٣ - يقسم الاحتياجات إلى (بقائية - بيولوجية) كالطعام والشراب والسكن واللباس والجنس والدواء، واحتياجات (سيكو- اجتماعية) وهي التدعيم/ والحب/ والفهم/ والتآلف، و(بيو- حضارية) وهي الذات المتفائلة/ والترابط/ والمرونة/ والتكيّف والاندماج بالمجتمع والواقع ويشبه - إلى حد ما - الاحتياجات عند (ماسلو) وأي نقص يولّد خللاً في (الصحة النفسية) للفرد.

٤ - التحديّات [خارجية/ وداخلية]:

فالخارجية: External Challenges تهاجم الإنسان بأي لحظة وأي مكان من (البيئة الخارجية) كالأمراض والصدمات والسفر والانتقال والموت كقانون حتمي.

والداخليّة: Internal Challenges كالخلاف بين الأبوين أو معهما/ أو بين شخصين، والخلافات بين الأبناء أو الزملاء في محيط العمل أو مع الرؤساء أو بين الإنسان ونفسه وغرائزه ودوافعه.

٥ - تقوم (علاقات - الفرد) مع الآخرين على شكلين:

أ - علاقات أفقية Horizontal Relationships.

ب - علاقات عمودية Vertical Relationships.

والأولى عموماً يتناسب بها (مستوى الأفراد) وتكون (عائليّة) أو (عمليّة) بينما (العمودية) مع من هم (أعلى مستوى) أو (أقل مستوى)؛ والمحك في هذه العلاقات للفرد هو (القدرة على التكيّف) حين تتغيّر (إشارة المرور ولونها) أي لون ونوعية العلاقات مع البيئة والآخرين وتحاشي الاصطدام أو الارتباك والاستعداد المُبكر والمُسبق لكافة الاحتمالات.

التصنيف السوفيتي للأمراض العقلية والنفسية

السمات العامة:

١ - ينبثق التصنيف الروسي من ضرورة التعاون بين (كافة التخصصات الطبيّة والعصبية والنفسية والاجتماعية لتشخيص وعلاج المرض العقلي والمرض النفسي، والاعتماد على (التجارب المختبرية) منذ أيام (بافلوف)- ويقرر (بورتنوف/ وفيدوتوف) بأن (الطب النفسي) يجب أن ينال (مركز الصدارة) بين العلوم والمعارف.

٢ - ينبثق هذا التصنيف من (الماديّة الماركسيّة) مع التركيز على الفيزيولوجيا العصبية وأولوية (المجتمع والجماعة) في إحداث المرض وفي شفائه أيضاً؛ وقد استفاد من (بحوث آيزنيك البريطاني المعاصر) في دراسة المرض العقلي بالتحليل العاملي: Factor - Analysis وقبول فكرة (الخط المستمر في المرض النفسي): Continum ورفض تصنيف الناس إلى (مجانين/ وأسوياء).

٣ - يؤكد هذا التصنيف في (منهج علاجه) على أهمية (الصحة الاجتماعية) للفرد باعتبارها الركيزة الأساسية فالبيئة هي مصدر المشاكل وبها مكان العلاج حين نعيد صياغتها وتغييرها سلوكيّاً واجتماعياً وآيديولوجياً. فالمهم أن نتعامل مع (الأسباب للمرض؛ لا مع (الأعراض).

التصنيف الروسي للأمراض العقلية والنفسية
قائمة بالاضطرابات وأرقامها الرمزية

١ ـ التأخر العقلي

التأخر العقلي (٣١٠ ـ ٣١٥)

٣١٠ التأخر العقلي الحدي Borderline.

٣١١ التأخر العقلي الخفيف.

٣١٢ التأخر العقلي المتوسط.

٣١٣ التأخر العقلي الشديد.

٣١٤ التأخر العقلي العميق.

٣١٥ التأخر العقلي غير المعين Unspecified.

يجب أن تستخدم تفريعات الرقم الرابع التالية مع كل من الأنواع السابقة، كما يجب تحديد نوع الحالة الجسمية المرتبطة كتشخيص إضافي حين تكون معروفة.

- صفر عقب إصابة أو تسمم.
- ١ إثر صدمة أو عامل جسمي.
- ٢ مع اضطرابات أيض، أو نمو، أو تغذية.
- ٣ المرتبطة بمرض مخ كبير (بعد الولادة).
- ٤ المرتبطة بأمراض وحالات ترجع لتأثير (غير معروف ما قبل الولادة.
- ٥ مع شذوذ كروموزومي (صبغيات الجينات).
- ٦ المرتبط بعدم النضج.
- ٧ عقب اضطراب عقلي رئيسي.
- ٨ عن حرمان (بيئي) سيكواجتماعي.
- ٩ مع حالة أخرى (غير معينة).

٢ ـ جملة أعراض المخ العضوية

الاضطرابات التي تنشأ عن أو ترتبط بتلف وظيفة نسيج المخ. وفي الأنواع المدرجة تحت (٢) أ، (٢) ب، يجب أن يحدد نوع الحالة الجسمية المرتبطة إذا كانت معروفة.

٢ ـ أ ـ الذهانات المرتبطة بأعراض مخ عضوية (٢٩٠ ـ ٢٩٤):

٢٩٠ جنون الشيخوخة وما قبل الشيخوخة

ـ صفر جنون الشيخوخة.

ـ ١ جنون ما قبل الشيخوخة.

٢٩١ ذهان الإدمان الكحولي

ـ صفر الرجفة الهذيانية Delirium Tremens.

ـ ١ ذهان كورساكوف (كحولي).

ـ ٢ هلوسات ادمانية أخرى.

ـ ٣ حالة الهذاء الكحولي (البارانويا الكحولية).

ـ ٤ التسمم الكحولي الحاد.

ـ ٥ التدهور الكحولي.

ـ ٦ التسمم الباثولوجي.

ـ ٩ ذهانات كحولية أخرى (غير محددة النوع).

٢٩٢ الذهان المرتبط بإصابة داخل الجمجمة Intracranical Infect

ـ صفر ذهان الشلل العام.

ـ ١ الذهان من زهري آخر بالجهاز العصبي المركزي.

ـ ٢ ذهان التهاب المخ أو الدماغ الوبائي Encephalitis.

ـ ٣ ذهان الالتهابات الدماغية الأخرى (غير محددة النوع).

ـ ٩ ذهان إصابات داخل الجمجمة الأخرى (غير محددة النوع).

٢٩٣ ذهان مرتبط بحالة مخية أخرى Cerebral :

- صفر ذهان تصلب الشرايين بالمخ Arteriosclerosis .
- ١ ذهان اضطراب أوعية مخ آخر Cerebrovascular .
- ٢ ذهان الصرع.
- ٣ ذهان خراج داخل الجمجمة Intracr. Neoplasm .
- ٤ ذهان مرض تشويهي للجهاز العصبي المركزي.
- ٥ ذهان رضوض (صدمة) المخ.

- ٩ ذهان حالة مخية أخرى (غير محدد النوع).

٢٩٤ ذهان مرتبط بحالة جسمية أخرى :

- صفر ذهان اضطراب افراز الغدد الصماء.
- ١ ذهان اضطراب الأبيض أو التغذية.
- ٢ ذهان إصابة جهاز Systemic Infect .
- ٣ ذهان تسمم المخدر أو السم (غير الكحولي).
- ٤ ذهان مع الولادة.
- ٨ ذهان حالة جسمية أخرى وغير مشخص.

- ٩ ذهان حالة جسمية غير محددة النوع.

٢ ـ ب ـ أعراض المخ العضوية غير الذهانية (٣٠٩)

٣٠٩ جملة أعراض المخ العضوية (ا م ع) غير الذهانية (اضطرابات عقلية غير محددة كذهان وترتبط بحالات جسمية):

صفر ا م ع غير ذهاني مع إصابة داخل الجمجمة.

- ١ ا م ع/ غ ذ بالمخدر، أو السم، أو تسمم جهازي.

١ ـ ٣ ا م ع/ غ ذ بإدمان كحولي (سكرة بسيطة).

١ ـ ٤ ا م ع/ غ ذ بمخدر، أو سم، أو تسمم جهازي.

- ٢ ا م ع/ غ ذ رضوض المخ.
- ٣ ا م ع/غ ذ اضطراب دورة الدم.

- ٤ ا م ع/غ ذ الصرع.
- ٥ ا م ع/غ ذ اضطراب الأيض، أو النمو، أو التغذية.
- ٦ ا م ع/غ ذ مرض المخ الشيخوخي أو ما قبل الشيخوخي.
- ٧ ا م ع/غ ذ خراج داخل الجمجمة.
- ٨ ا م ع/غ ذ مرض تشويهي للجهاز العصبي المركزي.
- ٩ ا م ع/ غ ذ حالة جسمية أخرى (غير محددة النوع).

٩١ـ أعراض مخ حادة (غير معينة في مكان آخر).
٩٢ـ أعراض مخ مزمنة (غير معينة في مكان آخر).

٣ـ ذهانات لا تجع للحالات الجسمية السابق تصنيفها(٢٩٥ـ ٢٩٨)

٢٩٥ الفصام

- صفر الفصام النوع البسيط.
- ١ الفصام النوع المراهقي.
- ٢ الفصام النوع التصلبي.

٢٣ الفصام النوع التصلبي المستثار.
٢٤ الفصام النوع التصلبي المنسحب.

- ٣ الفصام النوع الهذائي.
- ٤ الشطحة Episode الفصامية الحادة.
- ٥ الفصام النوع الكامن.
- ٦ الفصام النوع المترسب.
- ٧ الفصام النوع الانفصامي الوجداني.

٧٣ الفصام نوع انفصام الوجدان مستثار.
٧٤ الفصام نوع انفصام الوجدان مكتئب.

- ٨ الفصام النوع الطفولي.

ـ ٩٠ الفصام النوع المزمن غير المميز.
ـ ٩٩ الفصام أنواع أخرى (غير محددة النوع).

٢٩٦ الاضطرابات الوجدانية الكبرى (ذهانات الوجدان)

- صفر سوداء يأس الكهولة.
- ١ المرض الاكتئابي الجنوني: النوع الجنوني من الذهان.
- ٢ المرض الاكتئابي الجنوني: النوع الاكتئابي من هذا الذهان.
- ٣ مرض الاكتئاب الجنوني: النوع الدوري من هذا الذهان.

٣٣ مرض الاكتئاب الجنوني، النوع الدوري جنوني.
٣٤ مرض الاكتئاب الجنوني، النوع الدوري مكتئب.

- ٨ اضطراب وجداني آخر كبير (الذهانات الوجدانية، غيرها).
- ٩ اضطراب وجداني كبير غير محدد النوع.
  (اضطراب وجداني غير مصنف في مكان آخر).
  (مرض هوس اكتئابي غير مصنف في مكان آخر).

٢٩٧ حالات الهذاء (البارانويا):

- صفر البارانويا.
- ١ حالة اليأس البارانوئية - البارافرنيا.
- ٩ حالات هذائية أخرى.

٢٩٨ ذهانات أخرى

- صفر الاستجابة الذهانية الاكتئابية (الذهان الاكتئابي الاستجابة).
- ١ الإثارة الاستجابية Reactive Excitation.
- ٢ الارتباك الاستجابي React. Confusion.
  (حالة ارتباكية حادة أو شبه حادة).
- ٣ الاستجابة الهذائية الحادة.

- ٩ الذهان الاستجابي - غير محدد النوع.

٢٩٩ ذهان غير محدد النوع

(الهوس، والجنون، والذهان غير المصنف في مكان آخر).

٤ ـ أمراض العصاب (٣٠٠)

٣٠٠ أمراض العصاب
- صفر عصاب القلق.
- ١ عصاب الهستريا.

١٣ عصاب الهستريا النوع التحويلي.
١٤ عصاب الهستيريا النوع التفككي.

- ٢ عصاب الخواف Phobic.
- ٣ عصاب تسلط الأفعال والأفكار Obsessive C impulsive.
- ٤ عصاب الاكتئاب.
- ٥ عصاب الوهن أو الخور النفسي (النيورستانيا).
- ٦ عصاب افتقاد الشخصية Depersonalization.
- ٧ عصاب توهم المرض.
- ٨ أنواع عصاب أخرى.

(٩ أمراض عصاب غير محددة النوع).

٥ ـ اضطرابات الشخصية وبفعل اضطرابات عقلية أخرى غير ذهانية (٣٠١ ـ ٣٠٤)

٣٠١ اضطرابات الشخصية:
- صفر الشخصية الهذائية.
- ١ الشخصية المتقلبة الأطوار (الشخصية الوجدانية).
- ٢ الشخصية الفصامية.
- ٣ الشخصية المتفجرة.
- ٤ الشخصية التسلطية (المغلوبة على أمرها Anankastic).
- ٥ الشخصية الهستيرية.
- ٦ الشخصية الواهنة أو الخائرة Asthenic.
- ٧ الشخصية اللااجتماعية.

- ٨١ الشخصية السلبية العدوانية.
- ٨٢ الشخصية القاهرة Inadequate.
- ٨٩ اضطرابات شخصية أخرى من أنواع معينة.

(٩ اضطرابات شخصية غير محدد النوع).

٣٠٢ الانحرافات الجنسية

- صفر الجنسية المثلية.
- ١ حب مستلزمات الجنس الآخر Fetishism.
- ٢ عشق الصغار Pedophilia.
- ٣ الالتباس بالجنس الآخر Transvestitism.
- ٤ الميول الاستعراضية.
- ٥ البصبصة (زنى العين) Voyeurism.
- ٦ السادية.
- ٧ المازوكية.
- ٨ انحرافات جنسية أخرى.

(٩ انحرافات جنسية غير محددة النوع).

٣٠٣ الإدمان الكحولي

- صفر إفراط الشراب الاستطرادي Episodic.
- ١ إفراط الشراب بالاعتياد.
- ٢ ادمان الشراب.

- ٩ ادمان كحولي آخر غير محدد النوع.

٣٠٤ تعاطي المخدرات:

- صفر تعاطي المخدر: افيون، وشبه قلويات الأفيون ومشتقاتهما.
- ١ تعاطي المخدر مركبات تخديرية Analgestics ذات آثار شبيهة بالمورفين.

ـ ٢ تعاطي المخدر عقارات الباربيتال المنومة.
ـ ٣ تعاطي المخدر المنومات والمسكنات أو المهدئات الأخرى.
ـ ٤ تعاطي المخدر الكوكايين.
ـ ٥ تعاطي المخدر القنب الهندي Cannabis Sativa (الحشيش والماريهوانا).
ـ ٦ تعاطي المخدر منبهات نفسية أخرى.
ـ ٧ تعاطي المخدر عقارات الهلوسة.
ـ ٨ تعاطي المخدر تعاطي مخدرات أخرى.

(٩ تعاطي مخدر غير محدد النوع).

٦ ـ الاضطرابات السيكوفيزيولوجية (٣٠٥)

٣٠٥ الاضطرابات السيكوفيزيولوجية (اضطرابات جسمية يفترض أنها من أصل نفسي)

ـ صفر الاضطراب الجلدي السيكوفيزيولوجي.
ـ ١ اضطراب الهيكل العضلي السيكوفيزيولوجي.
ـ ٢ الاضطراب التنفسي السيكوفيزيولوجي.
ـ ٣ اضطراب أوعية القلب السيكوفيزيولوجي.
ـ ٤ الاضطراب الدموي واللمفاوي السيكوفيزيولوجي Hemic, Lymphatic.
ـ ٥ الاضطراب المعدي المعوي السيكوفيزيولوجي.
ـ ٦ الاضطراب البولي التناسلي السيكوفيزيولوجي.
ـ ٧ اضطراب الغدد الصماء السيكوفيزيولوجي.
ـ ٨ اضطراب أحد أعضاء الحس السيكوفيزيولوجي.
ـ ٩ اضطراب سيكوفيزيولوجي من نوع آخر.

٧- أعراض خاصة ٣٠٦

٣٠٦ أعراض خاصة لم يرد تصنيفها في مكان آخر

- صفر اضطراب الكلام.
- ١ اضطراب تعلم خاص.
- ٢ اللازمة اللاإرادية الحركية Tic.
- ٣ اضطراب حركي نفسي آخر.
- ٤ اضطرابات النوم.
- ٥ اضطرابات التغذية.
- ٦ البوال (تبول لا إرادي) Enuresis.
- ٧ عدم ضبط التبرُّز Encopresis.
- ٨ وجع الرأس Cephalalgia.
- ٩ أعراض أخرى.

٨ - اضطرابات موقفية عارضة ٣٠٧

٣٠٧ اضطرابات موقفية عارضة (عابرة، وقتية أو مرحلية انتقالية Transient)

- صفر الاستجابة التوافقية للمواليد.
- ١ الاستجابة التوافقية للطفولة.
- ٢ الاستجابة التوافقية للمراهقة.
- ٣ الاستجابة التوافقية في حياة الراشد.
- ٤ الاستجابة التوافقية للسن المتأخرة.

٩- اضطرابات سلوك الطفولة والمراهقة ٣٠٨

٣٠٨ اضطرابات سلوك الطفولة والمراهقة (اضطرابات سلوك الطفولة)

- صفر استجابة فرط الحركة Hyperkinetis في الطفولة (أو المراهقة).

ـ ١ استجابة الانسحاب في الطفولة (أو المراهقة).

ـ ٢ استجابة القلق الزائد في الطفولة (أو المراهقة).

ـ ٣ استجابة الهروب Runaway في الطفولة (أو المراهقة).

ـ ٤ الاستجابة العدوانية غير النامية اجتماعياً في الطفولة (أو المراهقة).

ـ ٥ الاستجابة لجناح الجماعة في الطفولة (أو المراهقة).

ـ ٩ استجابات أخرى للطفولة (أو المراهقة).

١٠ حالات بدون اضطراب عقلي ظاهر والحالات غير المحددة النوع (٣١٦ ـ ٣١٨)

٣١٦ توافقات اجتماعية دون اضطراب عقلي ظاهر.

ـ صفر عدم التوافق الزواجي.

ـ ١ عدم التوافق الاجتماعي.

ـ ٢ عدم التوافق المهني.

ـ ٣ السلوك غير الاجتماعي Dys - social.

ـ ٩ عدم توافق اجتماعي آخر.

٣١٧ حالات غير محددة النوع

٣١٨ عدم وجود اضطراب عقلي

١١ مصطلحات غير تشخيصية للاستعمال الإجرائي (٣١٩)

٣١٩ اصطلاحات غير تشخيصية للاستعمال الإداري

ـ صفر التشخيص مؤجل Deferred.

ـ ١ تحت الرعاية في بيت خاص.

ـ ٢ للتجربة فقط.

ـ ٩ غير ذلك.

وعلى نفس النسق تقريباً يسير الطب العقلي في روسيا إذ يقول الأطباء الروس (١٩٦٨) إن الطب العقلي يدرس ما يلي من أمراض وانحرافات نمو Anomalies :

١ ـ ذهانات ترتبط بأمراض منتقلة Infectious :

أ ـ اضطرابات عقلية في الأمراض المعدية الحادة (تيفوس، سل، انفلونزا. . .).

ب ـ اضطرابات عقلية في الأمراض المعدية المزمنة (زهري المخ، الشلل العام، التهاب الدماغ).

٢ ـ ذهانات ترتبط بالتسمم Intoxication :

أ ـ اضطرابات عقلية في السموم المهنية (الرصاص، تراثيل الرصاص، أول أوكسيد الكربون).

ب ـ أنواع جنون التخدير (الكحولية المزمنة، رجفة الهذيان، ذهان كورساكوف، المورفينية. . . الخ).

٣ ـ اضطرابات عقلية ترتبط بأثر صدمة في المخ Traumatic :

أ ـ ذهانات الصدمات الحادة.

ب ـ مرض الدماغ من أثر الصدمة.

٤ ـ اختلالات عقلية في الأمراض الجسمية Somatic :

أ ـ الاضطرابات العقلية في أمراض القلب.

ب ـ الاضطرابات العقلية في أمراض أعضاء البطن.

٥ ـ الاضطرابات العقلية في أمراض الأوعية الدموية Vascular :

أ ـ تصلب شرايين المخ.

ب ـ مرض فرط توتر الأوعية Vasc. Hypertension.

٦ - الاضطرابات العقلية في سن اليأس Involution :

أ - ذهانات ما قبل الشيخوخة (الكهولة).

ب - ذهانات الشيخوخة.

٧ - الاستجابة الفصامية.

٨ - الاستجابة الجنونية الاكتنابية (هوس الاكتئاب).

٩ - الصرع.

١٠ - أمراض العصاب:

أ - الوهن العصبي.

ب - الوهن النفسي.

جـ - الهستيريا.

د - الاستجابة التسلطية.

١١ - الأمراض السيكوباتية.

١٢ - التخلفات العقلية.

١ - أمراض عقلية علتها غير معروفة

١ - الفصام: (الخبل المبكر، اضطرابات فصامية، استجابات فصامية).

أ - النوع البسيط.

ب - النوع المراهقي.

جـ - النوع البرانوئي.

د - النوع الترددي Periodic (الفصام الحاد، التخشب الترددي النوبات، الفصام الدوري Circular، الفصام الاكتئابي البرانوئي).

٢ - البرانويا (الهذاء).

٣ ـ **ذهان الاكتئاب الجنوني**: (الذهان الدوري، الجنون الدوري Cyclothymia، الاكتئاب أو الهوس).

٤ ـ **ذهان الشيخوخة**:

أ ـ ما قبل الشيخوخة (كآبة اليأس)، سوداء التقاعد، Climacteric Melanch (اكتئاب تقدم سن اليأس).

ب ـ حالة ما قبل الشيخوخة البرانوئية. توهم العطب من الكهولة، فصام الكهولة البارانوئي (بارافرنيا) وغيره من ذهانات التوهم في سن الاكتهال Presenility.

٥ ـ **جنون الشيخوخة**.

٦ ـ **مرض الزهايمر Alzheimer's Dis**.

٧ ـ **الصرع**.

٢ ـ أمراض عقلية (اضطرابات) ترتبط بأمراض جسمية عامة، وبالعدوى، والتسمم، والصدمات والآفات العضوية الأخرى

١ ـ اضطرابات عضوية في أمراض الشرايين (تصلب الشرايين، فرط توتر الشرايين، التهاب تجلط شرايين المخ Cerebrovascular Thr. Thrombo-Angilitis.

٢ ـ حالات الوهن المزمن والحالات شبه العصابية.

٣ ـ الاضطرابات النفسية في الالتهاب السحائي Meningitis وفي التهاب الدماغ Encephalitis.

٤ ـ الاضطرابات العقلية المرتبطة بزهري المخ (سفلس):

أ ـ زهري المخ.

ب ـ الشلل التدرجي.

٥ - الاضطرابات النفسية في الأمراض الجسمية العامة غير المعدية (أمراض القلب والكبد، وجهاز الغُدَدْ. . . الخ).

٦ - أمراض التسمم الذهانية.
أ - الكحولية المزمنة.
ب - ذهانات الادمان الكحولي (الهذيان، الارتعاش، الهلوسة الكحولية، التوهم الكحولي لعدم الوفاء الزوجي، التسمم الكحولي الباثولوجي، شبه الشلل أو الشلل الكاذب، ذهان كورساكوف، مرض دماغ ورنكه Wernicke).
جـ - جنون تسمم أخرى (هوس المخدرات).
د - تسممات مهنية وغيرها (ذهاناتها الحادة والمزمنة، حالات الترسب Residual).

٧ - أمراض عقلية ترجع لإصابة المخ (صدمات المخ، جرح مفتوح، مقفل Closed، Open، صدمة الجمجمة. . . الخ)، الصدمات الكهربائية.
أ - ذهانات الصدمات الحادة.
ب - الذهانات المزمنة.
جـ - اضطرابات الشخصية الدائمة وحالات الوهن.

٨ - اضطرابات الذهان لدى الأشخاص المصابين بأمراض عضوية أخرى:
أ - ناشئة عن تورم المخ.
ب - أمراض عصبية أخرى (تصلب شاركو المنتاثر Disseminated Scler. خراجات المخ Br. Abscesses مرض هنتنجتون. . . الخ.

٩ - الجنون الراجع إلى عمليات ضمور جهازية في المخ (في سن الكهولة أساساً):
أ - ممرض بيك Pick.

١٠ ـ اضطرابات نفسية ناشئة عن تأثرات عضوية مترسبة عن علل مختلفة:
أ ـ الذهانات الدورية.
ب ـ حالات عدم التعويض (الأعراض الإكلينيكية الشبيهة بالنيوروباتية والسيكوباتية) التي تثيرها علل خارجية التكوين (جسمية ونفسية).

٣ ـ الاستجابات والتكوينات النفسية الأصل:

أ ـ ذهانات من أصل نفسي Psychogenic استجابية.
ب ـ الذهانات الهستيرية الحادة (حالات الرؤى الشفقية، ذهول الغيبوية Stupor، شبه الجنون، الصبيانية Puerilism)).
جـ ـ الحالات البرانوئية النفسية التكوين.
د ـ الاكتئاب الاستجابي.
هـ ـ صور أخرى (توهمات استنتاجية Induced Del. توهم المرض، حب الإشكالات والتقاضي Litigious Ideas ـ توهمات الأحقاد).

١١ ـ أمراض العصاب:
أ ـ الوهن أو الخور (لا تشمل هذه المجموعة حالات الوهن التي ترجع لانتقال الأمراض، أو للتسمم، أو للصدمات، أو للأمراض الجسمية العامة غير المعدية): استجابة الوهن، الوهن النفسي الأصل، عصاب التعب... الخ.
ب ـ عصاب الحالات التسلطية (مختلف التسلطات والمخاوف).
جـ ـ الهستيريا (النسيان، العمى، احتباس الصوت Aphonia الصمم والبكم Surdomutism، الارتعاشات، الشلل، العجز عن النهوض Astasia - Abasia فقدان حاسة الشم Anosmia).
د ـ حالات عصابية، خصوصاً في الأطفال (البكم الاختياري، التهتهة أو اللجلجة، الاختلاجات الملازمة Tics، فقدان الشهية Anorexia، القيء الاعتيادي، البوال Enuresis... الخ).

٤ ـ اضطرابات عقلية ترجع لمرض نفسي ارتقائي (انحرافات الطبع أو السلوك التكوينية الثابتة، تأخر النمو العقلي المتعدد الأسباب المرضية)

١ ـ الشخصية السيكوباتية:

أ ـ الأنماط الوجدانية (الشخصية المريضة النفس عاطفياً نسبة لغدة التيموس Thymopathic): الناقصة الوجدان Hypothymic (مكتئبة)، المفرطة الوجدان (مستثارة)، الدورية الوجدان، الشخصية المتقلبة الانفعال Emotional-Labile = Irascible.

ب ـ الواهنة (مرض عصبي تكويني، وهن نفسي).

جـ ـ الشخصية شبه الفصامية.

د ـ الشخصية شبه البرانوئية.

هـ ـ الشخصية الهستيرية (مرض الكذب Pseudologia ونحوه).

و ـ الانحراف الجنسي.

ز ـ الشخصية غير الثابتة.. الخ. عدم الثبات الانفعالي الخ.

حـ ـ الحالات الشبيهة بالسيكوباتية التي تنمو في الأطفال عقب تأثرات المخ.

٢ ـ نقص العقل:

أ ـ الضعف Debility.

ب ـ الغباء Imbecility.

جـ ـ العته Idiocy.

د ـ الأمراض الجنينية بمختلف أصولها (مرض داون Down ـ نقص العقل الفينايلوريكي، جفاف الجلد Xeroderma... الخ).

التحديدات الفارقة بين المرض العقلي/ والمرض النفسي

المرض العقلي	المرض النفسي
التعريف: هو اضطراب عقلي ذُهاني شديد وخطير انفعالياً وعقلياً وسلوكياً وشخصياً ويمثل خللاً في التفكير والقوى العقلية وجهلاً بأسباب المرض وعدم قدرة على الضبط والاستبصار ويتناول كافة جوانب الشخصية وهو عموماً (عضوي) وفيه جانب (وظيفي).	التعريف: هو انحراف أو اضطراب وظيفي (غير عضوي) أو مزاجي في الشخصية لا يرتبط بالدماغ بل يعود لخبرات مؤلمة أو صدمات انفعالية أو اضطرابات في علاقات الفرد مع البيئة والوسط الاجتماعي وترتبط هذه الاضطرابات بماضي حياة الفرد وطفولته.
أمثلة العضوي: ـ الصرَع والحميّات. ـ الأورام الدماغيّة. ـ ذهان الولادة والحمل. ـ أمراض الشرايين والجهاز العصبي.	فالاضطراب وظيفي السبب والصراعات لا شعورية والهدف وجود حل لهذه الصراعات والأبعاد سلوكيّة وعُصابية.
أمثلة الوظيفي: ـ انفصام الشخصية. ـ الذهان الدّوري. ـ الذهان الوجداني. ـ الاكتئاب بأنواعه.	أمثلة: ـ القلق المرضي العصابي (العصاب). ـ الهستريا. ـ النورستانيا وأمراض النطق. ـ الوساوس والمخاوف. ـ الانحرافات الجنسية والادمان. ـ السلوك السيكوباتي.

التحديدات الفارقة بين المرض العقلي / والمرض النفسي

ثمانية فروق متميّزة وجذرية:

المرض العقلي	المرض النفسي
السمات:	السمات:
(١) المصدر عموماً (عضوي/ فيزيولوجي أو دماغي عصبي) والجملة العصبيُة حتماً فيه مصابة وتصاحبه اضطرابات هضمية ووظائفية.	(١) المصدر هو (نفسي/ عصبي/ مزاجي) أي غير عضوي وغير جسمي وهو قابل للعودة للتوازن والتعادل والجملة العصبية فيه سليمة عموماً.
(٢) العلاج فيه صعب جداً وطويل زمنياً ومكلف مادياً.	(٢) العلاج فيه قصير وممكن.
(٣) الوراثة أساسية في المرض العقلي والبيئة ثانوية	(٣) البيئة أساسية في المرض العصبي النفسي والوراثة ثانوية.
(٤) المرض العقلي يصيب (كافة جوانب الشخصية) التفكير والذاكرة والإرادة والاحساس والإدراك والجسم...	(٤) المرض النفسي يصيب (جانباً واحداً) في الشخصية كالعاطفة أو العلاقات الاجتماعية أو الذات.
(٥) المريض عقلياً يعيش في برانويا و (ينفصل عن الواقع) نهائياً.	(٥) المريض نفسانياً لا ينفصل عن الواقع ويبقى (متصلاً بالواقع).
(٦) المريض عقلياً (غير واعٍ) لحاله وتصرُّفاته وغير متعاون ويرفض العلاج كالذهان شبه الفصامي.	(٦) المريض نفسانياً (واعٍ) لحالته ومتعاون ويطلب العلاج كعصابي وسوسة غسل اليدين.
(٧) المريض عقلياً غير مسؤول قانونياً على تصرُّفاته	(٧) المريض نفسانياً مسؤول قانونياً على تصرُّفاته وسلوكه.
(٨) توجد حالات مختلطة عقلية ونفسية أحياناً.	(٨) في بعض الحالات قد يتحوّل المريض النفسي إلى مريض عقلي عند اهماله وعدم تشخيصه وعلاجه المُبكر.

لقد حدّدنا - للقارىء الكريم - تعريف المرض العقلي / وتعريف المرض النفسي / وذكرنا الأمثلة لكلٍ منهما، وأوضحنا السمات الفارقة بينهما لضرورتها الهامة للباحث والطبيب والممارس.

وبعد استعراض التصنيف السوفييتي للأمراض العقلية والنفسية، نود أن نقدم للقارىء العربي (جدولاً مقارناً) بين الأمراض النفسية والعقلية يتضمن (سبعة أبعاد) كخصائص عامة وهي:

(الأسباب، السلوك العام، التوافق الاجتماعي، التحكم في الذات، الاستبصار، العلاج التنبؤ)؛ على الشكل التالي:

المقارنة بين العصاب والذهان في سبع خصائص

الخصائص	العصاب : Neurosis	الذهان: Psychosis
الأسباب:	العوامل السيكولوجية لها الأهمية الأولى والعوامل الوراثية غير محددة.	العوامل الوراثية لها أهمية خاصة في بعض الحالات، والعوامل النيورولوجية تحت المرض عادة وأما العوامل النفسية فهي عوامل مساعدة.
السلوك العام:	الكلام والتفكير منطقيان ومترابطان. فقدان الاحتكاك بالواقع بسيط. لا توجد هلوسات أو هذاءات.	الكلام وعمليات التفكير غير مترابطة. السلوك غريب وشاذ. توجد هلوسات وهذاءات.
التوافق الاجتماعي	السلوك بصفة عامة يتطابق مع المستويات الاجتماعية المقبولة	العادات الاجتماعية مفقودة، والسلوك لا يتفق والمستويات الاجتماعية المقبولة.

الخصائص	العصاب: Neurosis	الذهان: Psychosis
التحكم في الذات:	يستطيع أن يتحكم في نفسه أحياناً ويساعد نفسه ومن المحتمل أن ينتحر.	لا بد من وضعه في مؤسسة لمنعه من إيذاء نفسه أو إيذاء الآخرين.
الاستبصار:	دائماً جيد	استبصاره نادر وهو بصفة عامة يفتقر للاستبصار.
العلاج:	العلاج النفسي هو الأساسي	العلاج الطبي والنفسي وضرورياته. التحكم في السلوك بالمركبات الكيميائية وعندما ينزل إلى الواقع يعالج نفسانياً.
التنبؤ	لا يوجد تدهور، ومن المتوقع أن يتحسن بالعلاج	قد يحدث التدهور في الحالات المزمنة ومن الممكن أن نقلل من الوقت الذي يقضيه في المستشفى.

(١) راجع: د. عطوف محمود ياسين ـ علم النفس العيادي ـ ط ٢ /١٩٨٦/ بيروت ـ ص ٣٢٤ ـ ص ٣٤٣.
وراجع: د. كمال الدسوقي (الطب العقلي والنفسي) ١٩٧٤ لبنان ـ دار النهضة العربية ـ (ص ٢٣).

قوانين السببيّة الباثولوجية بين الثبات والتغيُّر ومصادر اضطرابات الشخصية

Etiology → Causation and Sources of Personality Disorders

خطة الفصل المنهجية

- الثوابت الخمسة الرئيسيّة
- أسباب المرض [داخلية/ خارجية].
  - عوامل ممهدة ومساعدة للمرض.
  - عوامل حاسمة ترسيبيّة.
- أسباب حياتية - بيولوجية (وراثية/ تكوينية/ عضوية مرضيّة).
- أسباب نفسيّة (الطفولة/ مراحل النمو/ صدمات الحياة).
- أسباب حضارية - ثقافية - بيئيّة (البيئة/ النظام الاقتصادي).

- **زوايا الخلل وأبعاد الاضطراب في الشخصية:**
  - ١ - اضطرابات العاطفة.
  - ٢ - اضطرابات الإدراك البدني.
  - ٣ - اضطرابات التخيُّل.

- ٤ ـ اضطرابات التفكير.
- ٥ ـ اضطرابات الاحساس.
- ٦ ـ اضطرابات الذاكرة.
- ٧ ـ اضطرابات النطق، والنوم والطعام والتبوُّل والإخراج.

- **اصطلاحات وتعاريف متميزة هامة مع الأمثلة:**

[الفوبيات/ البارانويا/ الهلاوس/ الهذاءات].

الفصل الثالث

قوانين السببية الباثولوجية بين الثبات والتغيُّر ومصادر اضطرابات الشخصية

Etiology and Causation of Mental Illness

ثوابت رئيسيّة:

١ - **لا يوجد** (سبب واحد) لمرض واحد بل (أسباب متعدّدة) لنفس المرض الواحد مثل: [السبب الوراثي - الفيزيولوجي - الهرموني - الشخصي / البيئي الاجتماعي - العضوي - العصبي - الخ...].

٢ - **لا يوجد** (جانب واحد من الخلل): في (الحالة الواحدة) بل هناك جوانب خلل متعدّدة في الحالة مثل: [اضطرابات الاحساس: من هلاوس وخداع حسي إلى اضطرابات في الشعور البدني - اضطرابات في التفكير وحدوث الأوهام - اضطرابات في العاطفة والانفعالات - اختلال في الأنا والذات - اضطرابات في الوعي والشعور - اضطرابات في الذاكرة - اضطرابات في السلوك الحركي - اضطرابات الكلام والنطق وغيرها...].

٣ - **لكل حالة** (طبيعتها الخاصة): وظروفها ودرجة شدّتها، ولا توجد حالتان متشابهتان، فالاختلاف قائم وثابت كاختلاف شكل الأصابع في اليد الواحدة.

٤ - **العلاج الذي** (يحسم بالشفاء مرضاً معيناً): قد يكون وبالاً حين يستخدم لمرض آخر أو مع شخص آخر وفي غير مكانه المناسب.

٥ - **إن** (تبديل وتطوير أدوات التشخيص): من حالة إلى حالة واستمرار تحسينها وشحذها بالتقييم المستمر هو الضمان الأفضل لفعّالية تلك الأدوات ونجاحها الوظيفي.

السؤال الذي يطرح نفسه دائماً علينا هو: كيف نتصدى للحالة المرضيّة وهل يوجد لأية حالة سبب واحد أم عدّة أسباب:

فهناك من العلماء من يقسم أسباب الأمراض إلى (مصدرين رئيسيين):

١ ـ أسباب (داخلية) شخصية: Endogenous في ذات الفرد.

٢ ـ أسباب (خارجية) بيئية: Exogenous في البيئة المحيطة.

وهناك تقسيم آخر (لأسباب المرض) مرتبطة بكيفية حدوثه وهي نوعان:

١ ـ العوامل الممهدة والمساعدة للمرض: Predisposing Factors

٢ ـ العوامل الحاسمة أو الترسيبية: Precipitating Factors

ومن العلماء من يصنف أسباب المرض كالتالي:

١ ـ أسباب حياتيّة ـ بيولوجية: Biological Causes

٢ ـ أسباب نفسيّة: Psychological Causes

٣ ـ أسباب حضاريّة ـ ثقافية ـ بيئية:

Environmental and Cultural Causes

[١ ـ] الأسباب الحياتية ـ البيولوجية للمرض:

وتشتمل على ثلاث مصادر:

أ ـ االعوامل الوراثية ـ الجيناتيكيّة: Hereditary.

ب ـ العوامل التكوينية ـ البنيويّة: Constitutional.

جـ ـ العوامل العضوية ـ المرضيّة: Physical Diseases.

إن الأسباب الممهدة والمساعدة هي (الأسباب الثانوية) في المرض النفسي أو العقلي ولكن (العامل المسيطر الحاسم) هو العامل الترسيبي كالشدائد المباشرة أو الأزمات المالية أو فقد الأعزّاء والهزات أو المشاكل الزوجية أو الحوادث والصدمات الطارئة أو الأمراض الجسمية.

أما (الأسباب الحياتية: الوراثية، والتكوينية، والعضوية) فقد يتولّد المرض من واحد أو أكثر منها:

أ - **العوامل الوراثية**: تتسرب المؤثرات الوراثية كلون الشعر والعينين والبشرة عبر الجينات - الكروموزومات: Genes ولكن الطفل (داخل الرحم) يبدأ باكتساب (مؤثرات بيئية - محيطيّة) من الأم. وبواسطة الوراثة تتسرب مؤثرات أو مسببات المرض مثل (مرض العته المظلم) وحالات (الصّرَع) وتبيّن وجود كروموزوم جنسي ذكري زائد (Y) عند المرضى السيكوباثيين العدوانيين ووجود كروموزوم جنسي أنثوي (X) إضافي عند المرضى الذهانيين (والوراثة) ثابتة في الفصام والكآبة والهوَس وفي أمراض (التخلف العقلي) والمنغـوليّة وفي الأمـراض المنقولة وراثياً تحدث ٧٥٪ من التوائم المتماثلة - المتطابقة.

ب - **العوامل التكوينية - البنيويَّة**: وتشمل كافة الصفات الحياتية للشخص المؤلفة من (تفاعل الوراثة + ظروف الحمل + بنية الجسم وطباعه + الجهاز الهرموني + كافة النواحي الفيزيولوجية للجسم).

جـ - **العوامل العضوية - المرَضية**: **Somatic Disorders** تؤثـر الأمراض العضوية على الجسم والسلوك والعقل وتغير من تركيبه ومن توازن أجهزته ومن انتظام الجهاز العصبي وغالباً ما تؤدي إلى اضطراب عقلي يصل إلى حد الذهان أو أمراض القلب أو الالتهابات.

[٢ -] الأسباب النفسية

تأخذ الأسباب النفـسية في تكوين المريض عدّة طرق منها:

أ - الطفولة المبكرة وظروف الولادة ومرحلة الرضاعة والفطام.

ب - علاقة الطفل بالأبوين وبالأم خاصةً وهل يسـودها النفـور والاتكال والتدليل أم الحرمان والقسوة في ظل المشاحنات العائلية.

جـ ـ طور المراهقة وصعابها وخبرات المدرسة ونوعيات المدرسين والتكيُّف الاجتماعي وعلاقة المراهق بغيره من الرفاق، والتقلبات الوجدانية والنضج الجنسي وعلاقة المراهق بالسلطة والأسرة والمجتمع.

د ـ مرحلة الشباب والدراسة الجامعية ثم الخطوبة والزواج ودور الأبوة أو الأمومة واحتمالات الفراق والطلاق ومشاكل المهنة وكسب العيش.

هـ ـ دور الكهولة وانحرافات الشيخوخة ومرحلة سن اليأس واضطراباته. وشعور الكهل بعدم القدرة الجسمية والانسحاب الاجتماعي وكذلك تبرز عوامل الوحدة والكآبة والعزلة والشعور بالتفاهة.

[٣ ـ] الأسباب البيئيّة ـ الحضارية ـ الثقافية

أ ـ أصبح (الإطار الثقافي والبيئة الحضارية) مصدراً رئيسياً في دراسة المرض والمريض لأنه يتضمن العادات والتقاليد والمعايير والقيم والنظام التربوي والتنشئة الأسرية والدين والأعراف وكلها تقوم بصياغة سلوك الإنسان (سوياً كان أم غير سوي). ويكون لها تأثيرها المباشر على المرض العقلي والنفسي.

ب ـ تعتبر (تربية الطفل) من أبرز محاور هذه الأسباب؛ وعلينا أن نتساءل: هل هذه التربية جامدة ـ متسامحة ـ مرحة ـ طيبة ـ صعبة رسمية ـ قاسية ـ اعتدائية ـ صاخبة ـ هادئة ـ عُصابية.

جـ ـ يرتبط بهذه الأسباب النظام الاقتصادي للمجتمع وتأثيره وظروف. العمل والسكن والدخل والحروب والأوبئة والعمل والبطالة والكوارث الطبيعية.

د ـ تؤثر على المرض والمريض القيم والثقافة والاتجاهات وأنماط السلوك.

هـ ـ برز حديثاً كفرع من فروع الدراسات الأنثروبيولوجية (قسم متخصص هو (الطب النفسي عبر ـ الحضاري) Cross - Cultural Psychiatry

للدراسات الحضارية المقارنة من مجتمع إلى مجتمع ومدى تأثيرها على السلوك الإنساني ونشوء الأمراض العقلية والنفسية من منطلقات حضارية.

زوايا الخلل وأبعاد الاضطراب في الشخصية:

ما هي (الزوايا) أو (أبعاد) الاضطرابات التي يجب أن تستقطب أنظار الباحث والطبيب عند تشخيص الحالة ودراستها؟.

[الأسلوب الشمولي المتعدد الأسباب :
Multiple Causation Approach]

مصادر وأبعاد اضطرابات الشخصية:

Sources and Dimensions of Personality Disorders:

يؤكد الأطباء وعلماء النفس بأن ثمّة مصادر متعدّدة وأبعاداً متنوّعة لا بد أنْ تؤخذ بعين الاعتبار (في كل حالة) وفي (مرحلة التشخيص) بالذات؛ وأبرز هذه الأبعاد هي:

[١ -] اضطرابات العاطفة: **Affective and Emotional Disorders**

وتظهر هذه الاضطرابات من خلال (الأعراض السلوكية) على عدّة أشكال منها:

أ - التبدُّل المزاجي السريع للفرد: Fast Mood Changes

وهو انتقال (صاحب الحالة) من هدوء إلى غضب سريع ومن سرور إلى حزن ومن سعادة إلى شقاء ومن اتزان وضبط إلى هياج وانهيار؛ كما هي الحال في (الهستريا) أو (النورستانيا) وحالات العُصاب.

ب - الفتور العاطفي (اللامبالاة): Apathy :

وهو خمود وضمور (الاستجابات العاطفية) للفرد تجاه المواقف

وقلّة الاكتراث كما يحدث في حالات الفصام حيث يتجمّد الشعور والاحساس.

جـ ـ ضياع العاطفة وانعدامها: Loss of Emotion

يشعر المصاب بانعدام عاطفتِهِ نحو أهله والآخرين وعدم وجود حرارة في أي علاقة كما هي الحال في الكآبة وأمراض الشخصية وبداية الفصام.

د ـ الابتهاج المتزايد: Extreme Emotion

ويشعر المصاب بالسعادة إلى حدٍّ غير مألوف من الغيبوبة في التجلّي والتصوُّف والزهو والمكانة والانجذاب.

هـ ـ الغم المتزايد: Extreme Depression

وهو حالة الحزن الشديد ثم الاكتئاب والغم الحالك على المفقودين.

و ـ الخلل العاطفي: Emotional Inbalanging

وهو اختلال التوازن العاطفي للفرد من فشل في التكيف مع الواقع والمواقف إلى حديث عن الموت والألم إلى ضحكٍ بصوت مرتفع.

ز ـ المشاركة التقمصيّة: Empathy

وتبدأ على شكل مشاركة تعاطفيّة وتصل إلى تقمُّص كامل بحيث يحل الشخص محل شخص آخر كُليّاً.

ح ـ الانقطاع والتقلُّب السريع: Distractibility

وهو انقطاع حسي شعوري للانتباه عند الفرد لأقل صوت أو ضوضاء حوله.

ط ـ خلل الشعور العضوي: Physical Affective Disorder

وفيه يشعر المريض بأن الحزن يتركز في أحد (أعضاء جسمه)

كالمعدة أو الرئتين أو الأطراف أو المفاصل بينما السبب الحقيقي لمرضه هو الاكتئاب أو الهوس الدوري أو الحصر أو القلق وليس أحد أعضاء الجسم.

ي - خلل الشعور بالذات: **Hopelessness**

وفيه يشعر المريض بعدم الثقة واليأس وعدم الكفاءة أو الفائدة للآخرين.

[٢ -] اضطرابات الإدراك البدني: False Physical Perception

لا ترتبط هذه الحالة بأي حسٍ من الحواس ولكنها نتيجة الإرهاق الجسمي والعقلي وفيها يشعر المريض بأن شخصاً - ما - يتبعه ويستطيع تحديد موضعه كحالات البارانويا.

[٣ -] اضطرابات التخيُّل: Imagery Disorders

وتكون على عدة أشكال:

أ - فشل المريض في تخيُّل وقائع وأحداث أو حتى أطفاله وزوجته.
ب - تخيل أشياء وذكرها دون أن يكون لها أي أساس.
جـ - إضافة أشياء وهميَّة على أحداث حدثت فعلاً.

[٤ -] اضطرابات التفكير: Thinking Disorders

وتظهر على عدّة أشكال:

أ - التفكير الغامض الزائف: Dereistic Thinking

ويقوم فيه المريض بأفعال تتطابق مع خياله مثل أداء الطفل لدور الجندي أو المعلم أو الأب أو الأم كحالة السيكوباتيين.

ب - خلل التفكير التجريدي: Abstract Disorders

وهذا الخلل يرتبط بالمفاهيم المجرّدة: Concepts والتي تعتمد

على ربط الأجزاء بعلاقات كليّة كتلك التي تحدث عنها مدرسة الجشتالت باسم (الإدراك الكليّ) وفي حالات الفصام يضعف أو يختفي التفكير المجرد عند المصاب.

جـ ـ التفكير المبعثر المشتّت: **Disconnected Thinking**

ويكون تفكير المصاب متقطعاً لا توجد فيه اتصالات منطقيّة كحالات الهذيان والتسمم والذهان العضوي.

د ـ التفكير البطيء: **Retardation**

ويكون التسارع في الأفكار بطيئاً والترابط معدوماً ويوجد في حالات الاكتئاب الذهاني والاكتئاب ذو الغيبوبة وحالات التخلف العقلي.

هـ ـ التفكير المتعجّل: **Accelerative Thinking**

وهوحالة التسابق في الأفكار بشكل غير اعتيادي عند المريض كما هو الحال في الهَوَس أو المرح وحالات الجنون الدوري؛ ويطلق على هذه الظاهرة تطاير الأفكار: Flight of Ideas.

و ـ التفكير الموقفي الظرفي: **Situational Thinking**

ويخلط به المريض بين الهام وغير الهام؛ ولا يميز بين التفكير المجدي وغير المجدي ولا سيما في التعابير والاستجابات مثل مرضى الصَرع المُزمن.

ز ـ التفكير الترديدي التكراري: **Repetative Thinking**

وبه يكرر المريض ويستمر بإعادة لفظ معيّن رغم محاولتنا إعطاءه مضموناً لجملة نحاول بها تعليمه بعض الأسماء، فيقع المريض أسيراً لتفكيره الأوّلي فيكرر باستمرار كلمة (سكّين سكّين سكّين) وهكذا...

ح - اضطرابات التفكير الفصامي:

Schizophrenic Thought Disorders

وتظهر على أشكال متعدّدة منها (ثمانية أشكال):

١ - **التكلم مع الذات**: وبه يتحدث المريض ويتجادل مع نفسه كشخص ثاني.

٢ - **صدى الأفكار**: وفيها يسمع المريض أصواتاً خارجية قادمة إليه.

٣ - **التفكير التليباثي - التخاطري: Telepathic** وهو شعور المريض بأن أفكاره مكشوفة للآخرين الذين يمكنهم قراءتها كما يريدون ويشاطرونه بها.

٤ - **التفكير المقفول - المسدود: Thought - Block**

وهو شعور المريض أن أفكاره توقّفت فجأةً وأن دماغه قد أصبح فارغاً. مثل: حالات الصّرَع الصغير.

٥ - **التفكير المتزاحم: Crowded Thought** وهو شعور المريض القهري لمواصلة التفكير بشكل متلاحق ومستمر ومتزاحم.

٦ - **التفكير الضبابي: Nebulosity**

وهو تفكير غامض ضبابي يقول به المريض: إن تفكيري يشبه القطن المندوف وإنني لا أستطيع التركيز.

٧ - **التفكير الزئبقي المفتعل: Paralogia**

وهو الإجابات السخيفة من المريض للفاحص التي تتضمن افتعال ومراوغة. فهو حين يُسأل عن عدد أرجل البقرة يقول (ثلاثة) وهكذا...

٨ - **التفكير التجاوزي - الجانبي: Out of Target**

وهو خروج المريض عن (صميم الموضوع وجوهره) إلى الجوانب والتفاهات.

[٥ ـ] اضطرابات الاحساس: Perception Disorders

وتكون على أشكال عديدة منها:

١ ـ الأحاسيس الكاذبة (هلاوس/ أو/ خداع حسّي):
(Pseudo-Perceptions and False Sensations

ـ **الهلاوس Hallucinations**: وهي (إحساس كاذب) ينشأ [بدون مصدر خارجي] ولا أساس لهُ في الواقع ويشعر بها المريض بشكل بسيط أو معقّد كسماعهِ لصوت قرقعة. وهناك هلاوس بصرية: Visual وهلاوس سمعية: Auditory وهلاوس لمسية جلدية Haptic وهلاوس ذوقية: Gustatory، وهلاوس شمِّية: Olfactory وهلاوس حشويّة: Visceral وتكون في معظمها ناتج خلل دماغي. وأبرز أنواعها نوعان:[(١)]

أ ـ الهلاوس الكاذبة: وهي سمعية وبصرية كحالات الهستريا لرؤية وهمية لأشخاص وأشكال.

ب ـ الهلاوس الرقادية: وهي طبيعية اعتيادية لدى الراقدين في فراشهم.

ـ **الخداع الحسّي: Illusions**: وهي أحاسيس كاذبة ولكن (لها مصدر خارجي) ويحس بها المريض (إحساساً مخالفاً عن حقيقتها). مثل: رؤية الشخص في الظلام لأشجار وأعمدة كهربائية ولكن يراها أشباحاً قادمة إليه.

٢ ـ الأوهام Delusions:

ـ يختلف العلماء بربط (الأوهام) في التفكير أو في الاحساس.

---

(١) الهلاوس السمعية: تكثر في حالات الفصام.
الهلاوس البصرية: تكثر في حالات التسمم وأمراض الدماغ العضوية.
الهلاوس الجلدية: تكثر في حالات الإدمان الكحولي والمخدرات.
ـ إن التفسير النفسي (للهلاوس) هو أنها إنشطار دماغي وقد دلت دراسات (وليامز وفريمان) على ذلك حين أجرى جراحة لمنطقة النواة اللوزية. واستطاع (بنفيلد) إحداث هلاوس بإثارة وتحفيز مناطق بقشرة المخ بالتيار الكهربائي والتجارب الاليكتروسيبرجرية..

والوهم هو (اعتقاد خاطىء بشيء) لا يقنع الفرد فيه بدليل. ويكون الوهم (شخصياً أو كامناً أو صلباً جامداً). وأبرز (نوعيات الأوهام):

أ - **الوهم الحسي: Perceptual Delusion**:

يرى المريض الأشياء فيه ويسمعها بشكل صحيح ولكنه يفسّرها بشكلٍ (خاطىء)؛ فيرى شخصاً يدخن سيجارة ولكنه يفسّرها بأن المدخّن يقوم بإرسال إشارات لاسلكية إلى شخص ثالث.

ب - **الوهم الإدراكي: Awareness Delusion**

وهو إدراك المريض المفاجىء لفكرة خارجة وطاغية دون استناد إلى برهان حقيقي لها، كاعتقاد المريض بنهاية العالم وقيام القيامة خلال ساعات أو احتراق روما كلها الآن.

جـ - **الوهم الاضطهادي: Persecution Delusion**.

وهو توهُّم المريض أن كل من حوله من ممرّضات وأطباء ورجال أمن يتآمرون لاضطهاده وقتله. (بارانويا).

د - **الوهم الكبريائي الغروري والعظمة: Grandeur Delusion**

وهو (جنون العظمة البارانوي) وبه يشعر المصاب بأن لديه قوى جبارة لتحريك العالم؛ وطاقات عجيبة فهو (نابليون) أو (فرعون) وهو شخصية عبقرية لا نظير لها في الوجود.

هـ - **الوهم الوسواسي - المراق: Hypochondriac Delusion**

يتركز المراق والوهم الوسواسي على (جانب عضوي في الجسم) رغم تأكيد الأطباء على سلامة جسم المريض فإن المصاب يشعر واهماً أن داخل جهازه الهضمي ديدان وحشرات وأفاعي أو سرطان. ويوجد هذا الوهم في حالات القلق والحصر القهري والكآبة الذهانية.

و - **الوهم التخبُّطي - التخيُّلي: Imaginative Delusion**

ويتصور به المريض أنه ابن ملك من الملوك.

ز - الوهم المرجعي الإشاري **Reference Delusion**

يكون المصاب به انطوائياً وشديد الحساسية وكل حركة أو نظرة من الآخرين نحوه يحسبُها عنه وعليه وموجهة إليه(١).

(راجع بدقة التعاريف الهامة على الصفحات التالية)

[٦ -] اضطرابات الذاكرة [قصيرة وطويلة الأمد]: Memory Disorders:

الذاكرة هي: مجموعة الوظائف الذهنية التي تقوم بتسجيل المعلومات وحفظها واسترجاعها وهناك (ذاكرة بصرية/ وسمعية/ وتجريدية) وتظهر اضطرابات الذاكرة على (عدة أشكال) منها:

● ١ - النسيان: Forgetting وهو عدم القدرة على التسجيل والاحتفاظ بالمعلومات لفترة طويلة.

● ٢ - الوهل - الفجوي: وهو (نسيان مؤقت) يقع في حالة الرضوض الدماغية أو الصدمات الكهربية أو الاختلاطات الذهنية.

● ٣ - النسيان الأمامي أو الوهل المتلاحق وهو سرعة النسيان بعد دقائق نحو الأمام.

● ٤ - الوهل الراجع وهو نسيان خلفي لماضي الأحداث.

● ٥ - نسيان (خلفي - أمامي).

● ٦ - نسيان (متصاعد) لأحدث الذكريات مع رسوخ الماضي.

[٧ -] اضطرابات النطق: Speech Disorders:

وتظهر على أشكال متعدّدة وتكون [جزئية أو عامة كليّة]

---

(١) هناك (٤) تفسيرات لنشوء (الوهم) وهي:

١ - الوهم ذو مصدر نفسي ناشيء عن آليات ودفاعات عقلية كالإسقاط والابتلاع. (فرويد).

٢ - الوهم ناتج عن تساهل وارتخاء في عمليات الربط الفكرية (بلويلر).

٣ - الوهم ينشأ في الشخصية المريضة ويمكن فهمه نفسياً باعتباره جزءاً من تطور متعثر غير صحيح (كرتشمر).

٤ - الوهم ليس نابعاً من مصدر نفسي وإنما هو نتيجة خلل عضوي في الدماغ (كارل ياسبرز).

[١ -] **الحبسة الكلاميَّة**:

وهي اضطراب اللفظ التعبيري أو فهم اللغة أو كليهما وتعود لإصابة طارئة في الجهاز العصبي المركزي، وقد يشترك معها (العمى الحسي) وهو العجز عن تحديد الإحساسات أو (العمى الحركي) وهو عجز عن القيام بحركات مركبة هادفة؛ ومن أعراض الحبسة: [العجز عن التلفظ بالكلام - تكرار الأصوات النمطي - العجز عن الكتابة - العجز عن القراءة - العجز عن الحساب - العجز عن التعرُّف على أجزاء الجسم ونواحيه (يمين - يسار)].

ومن أنواعها: [حبسة نسيانية للمعاني والأسماء/ وحبسة تعبيرية/ وحبسة تعبيرية استقباليّة/ وحبسة صمّاء عن فهم الكلام المسموع وحبسة عمياء عن فهم الكلام المكتوب/ وحبسة كتابية عن الكتابة/ وحبسة حركيّة عن نطق الكلمات].

[٢ -] **اضطرابات الكلام الديناميكية والمنطقية**:

● أ - **اضطرابات النطق**: وتعود لتشوهات وإصابات تشريحيّة في جهاز التصويت.

● ب - **التأتأة الحرفيّة**: وهي استبدال حرف بحرف عند النطق بشكل دائم.

● جـ - **التلعثم**: اضطراب مفاجيء وتوقف كلامي في حالات الانفعال والتوتر النفسي.

● د - **التمتمة**: وهي اضطراب انتظامي في سيل الكلام وإخراجه وتكون (مزمنة) وهي تكرار متقطع لبعض الحروف أو (تشنُّجيّة) يبدأ الكلام بها بشكل انفجاري إثر توتر تشنجي لأعضاء التصويت.

وهناك (تمتمة لجُميّة) يعود بها الفرد للكلام بعد توقف مؤقت وكامل وهي اضطراب نفسي - حركي يبدأ من الطفولة ويزداد مع التوتر النفسي وحالات الانفعال.

● هـ ـ **التكرار الكلامي النمطي**: وهو تكرار مديد دون هدف ظاهر لبعض الكلمات وتلاحظ في (داء باركنسون).

● و ـ **الثرثرة الكلاميّة**: وهي ثرثرة دون ترابط منطقي ودون معنى وتلاحظ في حالات العته الشيخي والعصامات الوخيمة.

● ز ـ **الإسهال الكلامي**: وهو كلام كسيل مشتّت يُرافقه صراخ وحركات ويحدث بحالة الهوس والهستريا والإثارة.

● ح ـ **الصمت التلقائي**: وهو التجام الكلام الإرادي المقصود دون وجود إصابة عصبية أو آفة تشريحيّة ويوجد في حالة انطواء الفصامي وإعراضه عن الكلام.

● ط ـ **الصمت المصطنع المقصود**: ويمارسه المهووسون والمتمارضون لحاجتهم إلى (لفت الانتباه والنظر) نحوهم.

● ي ـ **الاختزال الكلامي**: وهو حذف الروابط بين الكلام وكسر قواعد النحو والصرف واللغة:

[٣ -] **اضطرابات منطقيّة الكلام**:

مثال: [تحريف المعاني باستعمال الكلام في غير معانيها الأصلية.
واختلاف الكلمات كما يفعل الفصامي في هذياناته.
واختلاف التعابير؛ وزلّات اللسان المعبّرة عن نزعات ورغبات لا شعوريّة][١].

ويضاف إليها (اضطرابات النوم والطعام/ والتبول والإخراج) وغيرها.

---

(١) راجع: د. محمود هاشم الودرني: [مدخل إلى الطب النفسي] سورية/ ١٩٨٦/ اللاذقية ـ دار الحوار للنشر والتوزيع: (ص ٥٤ ـ ص ٥٦).

ملاحظة: يضاف لما مضى من (زوايا الاضطراب): اضطرابات الجنس/ والنوم/ والتبوّل/ والإخراج/ والطعام/ وغيرها... وسترد في فصول أخرى ولهذا نكتفي بمجرد الإشارة إليها.

[اصطلاحات وتعاريف متميّزة هامة وأمثلة لها]

- الفوبيات : **Phobias**:

وهي (مخاوف وتصوُّرات وهمية وسواسيّة - مُراقبة - لا أساس لها في عالم الواقع المحسوس) وأغلبها مُكتسبة ومتعلّمة من البيئة والتنشئة. مثل: (الخوف من الحيوانات البسيطة - الخوف من الظلام - الزلازل - المياه والغرق - الكوارث - الصواعق - الامتحان - العمليّات الجراحية - الوحوش المفترسة - الحريق والنار - الانفجارات - غلمرض والحمّيات - الأماكن المرتفعة - ركوب الطائرات - صوت الرعد والبرق - ركب البواخر البحرية أو المراكب - الرياح والعواصف - الطوفان - الإفلاس في التجارة - الخوف من الزواج - الخوف من الإنجاب - الخوف من الكلام والخطاب أمام الجماهير - الخوف من الأدوية العلاجية - الخوف من الطبيب وأدواته - الخوف من الشرطة والسجن - الخوف من الموت - الخوف من اللصوص - الخوف من العدوان والمجرمين - الخوف من (الجنس الآخر).

- البارانويا: **Paranoia**:

وهي تصوُّرات واعتقادات ووساوس وأفكار (اضطهادية - أو خيلائية أو شكوك وغيرة أو مُراق وسواس أو إدّعاءات)، وهي حالة مرضية ذهانية واضطراب عقلي (وظيفي):

أمثلة: (- لا أحد يحبني من الناس والكل يكرهني - أهلي متفقون مع السلطة لحرماني من الإرث والممتلكات - في طعامي سموم موضوعة لقتلي - زوجي يصاحب من ورائي كثيرات غيري - زوجتي تلعب من ورائي - توجد عيون اليكترونية في السقف والجدران تراقبني باستمرار - أشعر بوجود سماعات تسجيل في المرحاض لتسجيل كلامي - يطاردني رجال الأمن لقتلي - زملائي يحسدونني ويغارون مني - أنا أجمل امرأة في العالم - البنات يموتون إعجاباً من وجهي السينمائي - أنا نبي وقدّيس - أنا خليفة نابليون - الطبيب يريد قتلي بحقنة - زوجتي ساقطة.

- الهلاوس: Hallucinations:

«وهي إدراك ظاهري حسّي وذهني لشيء (توهُمي خارجي) لا يوجد له شيء مطابق في الواقع ويرتبط بأحد الحواس ويختلف عن (الخداع الحسّي) الذي هو (خطأ) إدراكي حسّي واقعي لمثير حقيقي موجود في الواقع (أو أصغر من حجمه الحقيقي الموجود بالواقع)، وتكثر في الفصام والأمراض العقلية والذهانية».

أ - **هلاوس سمعية**: (أصوات تتكلم عنه ولا تكلمُ مباشرة - همهمة أو خشخشة أو صفير - كلمات مديح وإطراء أو شتائم يسمع جرس التلفون كضربة باب).

ب - **هلاوس بصرية**: (أشباح وحيوانات نادرة وقليلة - عفاريت وانفجارات).

جـ - **هلاوس لمسية**: (ديدان أو حرارة على جلده وحشرات) - (تنميل وتخدير).

هـ - **هلاوس ذوقية**: (يقدّم له البعض حلويات فيشعر بالمرارة دون تناولها...).

و - **هلاوس حشوية** (ثعابين في معدته أو ديدان في صدره أو إسمنت ورمال في أمعائه).

- الهـذاءات: Delusions (الأوهـام):

«وهي فكـرة أو أفكـار وتصوُّرات خاطئة يتمسك بها المريض ويذكرها ويرددها ويتشبّث بها رغم أن شواهد البيئة ودلائلها وعكس هذه الأفكار الخاطئة».

أ - **هذاءات جسمية - مرضية**: (عندي سرطان - في معدتي قرحة - قلبي في خطر - كبدي متشمّع - فمي يابس - يدي جامدة.

ب ـ **هذاءات تشاؤم سوداوي**: (ستقوم القيامة ـ سيحدث زلزال ـ ستقطع الحرب العالمية الثالثة ـ ستهرب مني زوجتي ـ سأفشل في الامتحان، سأخسر التجارة).

جـ ـ **هذاءات اضطهادية ـ برانوية**: (هذا الطعام فيه سُم مدسوس لي ـ الجيران يشتمونني ؛ زملائي يغارون مني ويحسدونني ـ زوجتي تظلمني وتستبدُّ بي).

وتكثر الهذاءات في الفصام والأمراض العقلية والذهانية.

الباب الثاني

الفصل الرابع

المقابلة التشخيصية
ونماذج دراسة الحالة وتقرير الطب النفسي

المقابلة التشخيصية
ونماذج دراسة الحالة وتقرير الطب النفسي

The Diagnostic Interview, The Case Study Forms, and The Psychiatric Report

خطة الفصل المنهجية

- تمهيد/ الدعامات التمهيدية للمقابلة.
- أدوات التشخيص ودراسة الحالة: ١٣ أداةً كالتالي:

- [١] البيانات الأساسية عن الحالة وصاحبها — ١٠ - نقاط
- [٢] الاختبارات العقلية والروائز النفسيّة — ٧ - نقاط
- [٣] الفحص الفيزيائي - الجسمي والسجل الطبي — ٣٥ - نقطة
- [٤] الفحوصات المتمِّمة ومبرّراتها الضرورية — ٦ - نقاط
- [٥] البحث الاجتماعي والتاريخ الأسري — ٢٦ - نقطة
- [٦] السجل الدراسي لصاحب الحالة — ٢٢ - نقطة
- [٧] التاريخ المهني: — ٤ - نقاط
- [٨] تاريخ النمو التكويني: — ١٩ - نقطة
- [١٠] استخدام أداة الملاحظة السلوكية: — ٧ - نقاط
- [١١] السجل النفسي للحالة: — ٧ - نقاط

● [١٢] تقرير صعوبات النطق والتعبير: -٢٠ - نقطة

● [١٣] معلومات متمّمة وبيانات مستجدّة: ــ غير محددة

● نماذج عالمية لاستمارات دراسة الحالة.

● نموذج (تقرير الطب النفسي) الحديث؛ ومنهج [فريق العمل: Team-Work].

الفصل الرابع

المقابلة التشخيصية
ونماذج دراسة الحالة وتقرير الطب النفسي

تمهيد:

لعل من أسوأ الأخطاء فداحةً عند (فحص المريض وتشخيص الحالة) أن يبدأ الطبيب أو الممارس بأسلوب عشوائي (غير مخطط) لتحديد العلّة وتشخيصها. والنتيجة الأوليّة للأسلوب العشوائي و(التجاري) في التشخيص Random and Commercial/Method in Diagnosis، تقود إلى (زيادة الارتباك والبلبلة) عند المريض. والبديل هو (المقابلة التشخيصية المنهجية المخططة): Planned and Consistent Diagnostic Interview.

مع (التزام المرونة) فيها: With Flexibility حتى لا يحدث (الجمود) الذي يفقد المقابلة حيويتها وقدرتها على استقصاء جذور المرض، وطبيعة المشكلة المطروحة؛ ودرجة شدّتها؛ فضلاً عن أعراضها ومؤشراتها الباثولوجية والإيمائيّة. ويتناول التشخيص كافة (أبعاد اضطرابات الشخصية) الواردة في (الفصل السابق الثالث).

Seven Basic Bases of the Interview الدعامات التمهيدية للمقابلة:

١ ـ تحديد (مكان) و(زمان) و(تاريخ) المقابلة، و(بياناتها).
٢ ـ تحديد (أهداف وأغراض) المقابلة: [استطلاع/ تشخيص/علاج]...
٣ ـ تحديد الأسئلة ونوعيتها وضمان (الاختصار) و(سريّة الإجابات).
٤ ـ ضمان (الجو المريح/ والهدوء/ والاسترخاء/ والحريّة/ والخصوصيّة): **Privacy** والإصغاء الدقيق والحياد.
٥ ـ مراقبة السلوك وردود الأفعال و(الإيماءات الرمزية) أثناء المقابلة وكذلك (الدفاعات) و(الشرود الذهني) ومحاولة احتوائها وفهمها.
٦ ـ مرونة النفساني واعتبار فروضه وتصوُّراته (عرضةً للخطأ) والتعديل حتى يصل إلى صورة متكاملة وشاملة عن الحالة.

أدوات التشخيص ودراسة الحالة:

يعتبر (ميزان الحرارة ومقياس الضغط الدموي) أداتا (الطبيب الجسمي) الرئيسية في تشخيصه لحالة مريضه، بجانب بعض (التحاليل المخبرية والرسوم الشعاعية) عند الضرورة. أما (المعالج النفساني) فإن أدوات تشخيصه للحالة هي [أدوات متعددة الأبعاد] ذلك أن تعامله ليس مع (الأعراض): Symptoms وإنما مع (الأسباب): Causes وأن هدف العلاج لديه هو (الشفاء Recovery) وليس مجرد (التسكين: Sedation). وهذه (الأدوات المتعدّدة للتشخيص النفسي) هي كالتالي:

[١ ـ] البيانات الأساسية عن الحالة وصاحبها:
Basic Personal Data:

- ١ ـ الاسم بالكامل وتاريخ المقابلة:
- ٢ ـ التلفون والعنوان البريدي:
- ٣ ـ مكان وتاريخ الميلاد (العمر الزمني والمرحلة التنموية):
- ٤ ـ الحالة الزواجية (أعزب/ متزوج/ أرمل/ مطلق..).

● ٥ ـ العمل (إن وجد) ونوعه وعنوانه:
● ٦ ـ الجهة المحوِّلة (شخصية/ مستشفى/مدرسة/ مؤسسة/).
● ٧ ـ المعتقد الديني:
● ٨ ـ الجنس (ذكر/ أنثى).
● ٩ ـ العمر العقلي ونسبة الذكاء:
● ١٠ ـ الإطار المرجعي القيمي للمريض: Value- System.

[٢ ـ] الاختبارات العقلية والروائز النفسية:

Mental and Psychological Tests

تنقسم (الاختبارات النفسية) إلى (نوعين رئيسيين):

● [١] اختبارات الذكاء: وأهمها (ستانفورد ـ بينيه) و (ويكسلر ـ بيلفيو).
● [٢] اختبارات الشخصية مثل: (مانيسوتا المتعدد الوجوه .M.M.P.I).

ويضاف إليها الاختبارات الإسقاطية مثل: (R.I.T., T.A.T.) وأيضاً:

● (اختبار تفهم الموضوع: T.A.T)
● واختبار (الرورشاخ: R.I.T).
● واختبار كورنيل للاضطرابات السيكوسوماتية.
● واختبار جيلفورد وكورنيل لأبعاد الشخصية.

ولكل اختبار: (شكل/ وإجراءات/ ومضمون/ وتصحيح/وتعليل تفسيري/ ومغزى إكلينيكي/ واستنتاجات) ويشترط في الفاحص الإحاطة بهذه (الجوانب السبعة)، الخاصة بكل اختبار يقوم بتطبيقه[١].

---

(١) راجع: د. عطوف محمود ياسين/ جزء/ ٢/ ١٩٨٦، علم النفس العيادي (التشخيص والاختبارات). (ص ٤٤٨ ـ ٦٥٨).

وراجع: د. محمود هاشم الودرني، (مدخل إلى الطب النفسي) ط ١/ ١٩٨٦/ دار الحوار ـ اللاذقية ـ (ص ٢٦ ـ ص ٢٩).

[٣٦ -] الفحص الفيزيائي/ الجسمي والسجل الطبي
Medical Record

- ١ - الطول: الوزن:
- ٢ - درجة الحرارة: ضربات القلب:
- ٣ - الضغط الدموي (انقباضي/ انبساطي).
- ٤ - الحواس: (سليمة/ عجز جزئي/ عجز كلّي..).
- ٥ - الأمراض السابقة والعمليات الجراحية:
- ٦ - الأمراض الحاضرة:
- ٧ - الشكوى الحالية:
- ٨ - الفصيلة الدموية والتحليل المخبري: السكّر/ الصوديوم..).
- ٩ - البول والتحليل المخبري:
- ١٠ - الجهاز التناسلي:
- ١١ - الأطراف العليا:
- ١٢ - التنفس والرئتين:
- ١٣ - الأطراف السفلى:
- ١٤ - المعدة والأوعية الهضمية:
- ١٥ - الغدد الصماء:
- ١٦ - فحص عصبي شامل وتصوير دماغي:
- ١٧ - رسوم القلب الكاملة:
- ١٨ - عاهات حسية ظاهرة أو مستترة:
- ١٩ - مشكلات النطق:
- ٢٠ - أورام أو التهابات (داخلية/ خارجية):
- ٢١ - عادات الأكل والغذاء ومشاكلها:
- ٢٢ - حالات النوم وصعابه:
- ٢٣ - حالات التبوُّل وصعابه ومشكلاتها:
- ٢٤ - الطاقة الجنسية وصعابها:
- ٢٥ - فحوص الأشعة عند الضرورة:

- ٢٦ ـ الأمراض العضوية الدماغية وصدمات الرأس:
- ٢٧ ـ الأمراض الوظيفية والسيكوسوماتية:
- ٢٨ ـ ظروف الحمل والولادة للمرأة وصعابُها:
- ٢٩ ـ عادات الإدمان على الكحول أو المخدرات أو التدخين الشديد:
- ٣٠ ـ درجة (التزام المريض) بالوصايا الطبية:
- ٣١ ـ درجة (اعتماد المريض) على الأدوية بشكل شديد.
- ٣٢ ـ العادات الغريبة الشاذة للمريض.
- ٣٣ ـ الزوائد أو التشويهات الجسدية أو نقص النمو:
- ٣٤ ـ عيوب أو أمراض الجهاز العظمي:
- ٣٥ ـ درجة التوتر الجلدي Skin Tension.

{٤ ـ} الفحوصات المتمّمة ومبرّراتها الضرورية: ٦

تبرز الحاجة لهذه الفحوصات عند الضرورة وبشكل خاص في الحالات التالية:

- ١ ـ عند (التردد في التشخيص وضرورة تدعيمه وتثبيته) يمكن اللجوء إلى القياسات والاختبارات النفسية.
- ٢ ـ حين (لا تبدو الأعراض النفسية منسجمة مع بنية المريض) واحتمال السبب العضوي، فيمكن طلب تخطيط دماغ كهربائي وفحوص عصبية وشعاعيّة.
- ٣ ـ عند وجود (برنامج علاجي ـ دوائي) لا بد من التأكد من غياب مضادات الاستطباب والسيطرة على اضطرابات حيوية أو آثار جانبية كدواء مثل (الليثيوم).

● ٤ ـ في حالة وجود (مقاومة من المريض) Resistance فذلك يدعو لفحوصات متممة.

● ٥ ـ في حالة شدة الاضطراب العالية التي تتطلب إدخالاً إلى المستشفى.

● ٦ ـ في حالة (قناعة الطبيب) الذاتية في تطبيق برنامج علاجي معيّن منذ المقابلة الأولى مع المريض.

[٥ ـ ٦] البحث الاجتماعي والتاريخ الأسري: Family Record ٢٦

ويتناول هذا البحث (الأخصائية الاجتماعية):

● ١ ـ أعضاء الأسرة وبياناتهم وعددهم:

● ٢ ـ هل توجد في الأسرة أمراض وراثية بما في ذلك صاحب الحالة؟

● ٣ ـ هل المريض (ابن شرعي) أم (بالتبني)؟

● ٤ ـ هل يوجد طلاق أو تفكُّك عائلي؟

● ٥ ـ هل يتكلم المريض (لغة) تختلف عن لغة (المجتمع) في الأسرة؟

● ٦ ـ ما هو الدخل الشهري للعائلة؟

● ٧ ـ هل يساهم المريض بنفقات الأسرة؟

● ٨ ـ هل يعيش بمفرده أم مع أسرته؟

● ٩ ـ هل هناك حوادث وفاة في العائلة؟

● ١٠ ـ ما نوع العلاقة بين المريض والأم: (حميمة ـ جفاء ـ عدوان).

● ١١ ـ ما نوع العلاقة بين المريض والأب: (عادية ـ سيئة ـ عدوانية).

● ١٢ ـ ما نوع العلاقة بين المريض وإخوته وموقعه بينهم:

● ١٣ ـ ما نوع العلاقة بين المريض وجيرانه:

● ١٤ ـ هل أصيب أحد أفراد الأسرة بمرض جسمي أو عقلي أو نفسي؟

● ١٥ ـ هل أحد أفراد العائلة مدمن على الكحول؟

● ١٦ ـ هل أحد أفراد العائلة مدمن على المخدرات؟

● ١٧ ـ هل أقْدَمَ أحد أفراد العائلة على الانتحار؟

● ١٨ - ما هو المستوى الثقافي لكل من الأبوين ؟
● ١٩ - هل الجو المنزلي جو مشاحنات وخلافات ؟
● ٢٠ - هل تزوّج الأب أكثر من زوجة (أو الزوجة) ؟
● ٢١ - هل يوجد تفضيل بين ولد وآخر في الأسرة ؟
● ٢٢ - هل بين أفراد العائلة من هم من ذوي العاهات ؟
● ٢٣ - ما هي نوع المعاملة للمريض داخل الأسرة ؟
● ٢٤ - ما هو (مستوى التوقّعات والضغط) على المريض ؟
● ٢٥ - ما هو (مقدار الفهم والتشجيع) للمريض في الأسرة ؟

[٦ -] السجل الدراسي لصاحب الحالة Schooling Record ٢٦

● ١ - المؤهلات العلمية :
● ٢ - المرحلة الحاضرة : (ابتدائي / ثانوي / جامعي / دراسة عليا).
● ٣ - التخصص (إن وجد) : (علمي / أدبي / فني).
● ٤ - مواد ومجالات التفوّق الدراسي / والمواهب الخاصة :
● ٥ - الصعوبات الدراسيّة السابقة ومجالاتها :
● ٦ - الخبرات السعيدة المدرسية :
● ٧ - الخبرات السيّئة المدرسية :
● ٨ - المستوى العام للتحصيل الدراسي (السابق).
● ٩ - المستوى العام للتحصيل الدراسي (الحالي).
● ١٠ - نوعية العلاقة مع الأساتذة :
● ١١ - نوعية العلاقة مع الرفاق (التلاميذ) من كلا الجنسين :
● ١٢ - انطباعات الأساتذة بشكل عام :
● ١٣ - نظرة المريض للإدارة المدرسية و (العكس).
● ١٤ - نظرة الهيئة التدريسية للمريض : و (العكس).
● ١٥ - نوعية علاقة المريض مع الإدارة :
● ١٦ - الإخفاقات والفشل الدراسي :
● ١٧ - المجالات العمليّة للدراسة (بعد التخرج أو أثناء الدراسة).

● ١٨ ـ المشاكل المدرسية الحالية:
● ١٩ ـ مستوى (الحافز والدافع) الدراسي:
● ٢٠ ـ التحدّيات الحاضرة ومصادرها ونوعيّاتها:
● ٢١ ـ مستوى الطموح الفردي والخطّة المستقبلية للعمل:
● ٢٢ ـ الخطة المستقبلية للدراسة وعوائقها:

[٧ ـ] التاريخ المهني: [٤] Vocational Record

● ١ ـ إجراء اختبار (كودر) للتفضيل المهني واكتشاف (المهارات) عملياً.
● ٢ ـ إجراء اختبار (سترونغ) للميول المهنية وغيرهما كثير.
● ٣ ـ الأعمال السابقة لصاحب الحالة [المهنة ـ العنوان ـ الراتب ـ المسؤوليات تاريخ البدء/ تاريخ الانتهاء/ سبب تغيير العمل/ المراجع/].
● ٤ ـ العمل الحالي [المواصفات والمسؤوليات/ العنوان/ الراتب/ تاريخ البدء/ عدد ساعات العمل الأسبوعية واليومية/ الحوافز والمزايا/ التامينات الصحية والاجتماعية/ أخطار العمل ومساوئه/ بيئة العمل/ العلاقات مع الرؤساء والعاملين.

[٨ ـ] تاريخ النمو: [٩] Developmental Record

● ١ ـ تاريخ الميلاد:
● ٢ ـ عمر الأم عند الميلاد: مدة الحمل:
● ٣ ـ حالة الأم الصحية أثناء الحمل وظروفه:
● ٤ ـ مكان الولادة والوقت الذي استغرقته:
● ٥ ـ هل حدثت اضطرابات أثناء الولادة أو تشوهات:
● ٦ ـ وزن المريض عند الولادة: بعد (٤) أسابيع: بعد (٦) أسابيع.
● ٧ ـ إصابات جراحية محتملة (نوعها وعمر الطفل عند حدوثها):

● ٨ ـ الأمراض التي أصيب بها (المرض/ العمر/ المدة/ شدة المرض).
● ٩ ـ بدء ظهور الأسنان بالتحديد:
● ١٠ ـ بدء فطامه من ثدي الأم:
● ١١ ـ بدء فطامه من الرضاعة الاصطناعية:
● ١٢ ـ صعوبات الفطام:
● ١٣ ـ صعوبات التبول: (ليلاً ــ) (نهاراً ــ).
● ١٤ ـ صعوبات الإخراج: (ليلاً ــ) (نهاراً ــ).
● ١٥ ـ صعوبات المشي وتحديداتها:
● ١٦ ـ صعوبات النطق والكلام وتحديد بدايتها:
● ١٧ ـ المشكلات الجنسية التي ظهرت:
(العادة السرية/ حب الاستعراض/ اللعب الجنسي/ الألفاظ البذيئة).
● ١٨ ـ مشكلات النوم والأرق:
● ١٩ ـ مشاكل تنموية متفرقة ومحتملة الحدوث:
[الخجل/ العصيان/ التدخين/ الكذب/ التشنجات/ المشي أو الكلام أثناء النوم/ السرقة/ قضم الأظافر/].

[٩] سجل التطور والنمو الجنسي: [٥]

● ١ ـ رواسب (ما قبل مرحلة البلوغ):
● ٢ ـ علاقة (صاحب الحالة) بالجنس الآخر:
● ٣ ـ علاقته بنفس الجنس.
● ٤ ـ تاريخ البلوغ كمرحلة صعبة وهامة وظروفها:
● ٥ ـ احتمال وجود أي اضطرابات جنسية: [عنانة/ قذف سريع/ برود/ شبق/ تشنج مهبلي/ نرجسية واستعراض/ جنسية مثلية/ الخ...].

[١٠ -] استخدام أداة الملاحظة السلوكية: [٧]
Behavioral Observation

وتبرز (قيمة أداة الملاحظة) مع جميع المرضى وبشكل خاص مع (غير المتعاونين) وذوي العاهات.

● ١ - تستخدم الملاحظة في (أماكن مختلفة): العيادة/ المدرسة/ المستشفى/ البيت.

● ٢ - تستخدم الملاحظة في (أوقات مختلفة): ليلاً/ نهاراً/....

● ٣ - تستخدم الملاحظة في (مواقف مختلفة): الطعام/ اللعب/ العمل/ الدراسة.

● ٤ - محاولة الأخصائي استنباط (مدلول) المؤشرات السلوكيّة:
[مبالغة المريض بالحديث/ ارتفاع الصوت أو انخفاضه/ ملابس المريض وشكله العام/ اكتئابه/ فترات الصمت/ الكذب/ عدم التركيز/ الارتعاش/ الخجل/ الخوف/ التعرُّق/ قضم الأظافر/ فرك اليدين/ عض الشفاه/ التدخين/ الانفعالات الحادّة/ حلاقة الذقن للرجل/ المكياج للمرأة/ درجة الاطمئنان/ الارتباك/].

● ٥ - ملاحظة تعابير الوجه [متيقظ/ فضولي/ بارد/ ذاهل/ جائر/ شبه نائم/ مقطّب/ شاحب/ باسم/ باكي/ متألّم/ مزيج ومختلط/].

● ٦ - الانتباه على (الإيماءات الحركية) التي غالباً ما يعني بها المريض عكس ما يبدو لنا ظاهرياً.
[طريقة الجلوس/ حركة اليدين/ اللامبالاة أو المبالاة/ طريقة الكلام/ التهرُّب من السؤال/ الضحك بدون سبب/ البكاء المفاجىء/ المقاطعة أثناء الحديث/].

● ٧ - ملاحظة تعابير العينين: [مغلقة/ منكمشة/ مُحدقة وشاخصة/ مراوغة/ متجاوبة/ حمراء/ صافية/ باكية/ شبه نائمة/].

ـ المهم في الملاحظة (تكرار السلوك) و(التسجيل): Frequency and Recording والرسالة النفسية (خلف المؤشر السلوكي) أي المعنى.

[١١ -] السجل النفسي للحالة: [٧] Psychological - Record

● ١ ـ **الفعاليات الذهنية والعقلية ومدى اضطراباتها:**

(التفكير الغامض الزائف/ خلل التفكير التجريدي/ التفكير المبعثر المشتت/ التفكير البطيء/ التفكير المتعجّل/ التفكير الموقفي الظرفي/ التفكير الترديدي التكراري/).

● ٢ ـ **احتمال اضطرابات فصامية تفكيرية:**

(التكلم مع الذات/ صدى الأفكار/ التفكير التخاطري/ التفكير المقفول المسدود/ التفكير المتزاحم/ التفكير الضبابي/ التفكير الزئبقي المفتعل/ التفكير التجاوزي الجانبي/.

● ٣ ـ **اضطرابات الاحساس:**

(الأحاسيس الكاذبة كالهلاوس أو الخداع الحسي/ الأوهام كالوهم الحسي/ والوهم الإدراكي/ والوهم الاضطهادي والوهم البارانوي/ والوهم الوسواسي/ والوهم التخبُّطي/ والوهم المرجعي الإرشادي/.

● ٤ ـ **اضطرابات العاطفة والانفعال:**

(التبدل المزاجي السريع/ الفتور العاطفي/ ضياع وانعدام العاطفة/ الابتهاج المتزايد/ الغم المتزايد/ الخلل العاطفي/ المشاركة التقمصية/ الانقطاع والتقلب السريع/ خلل الشعور العضوي/ خلل الشعور بالذات.

● ٥ ـ **اضطرابات الإدراك البدني:**

[إرهاق جسمي عقلي كحالات البارانويا].

● ٦ - اضطرابات التخيُّل:
(فشل المريض بتصور زوجته وأطفاله/ تخيل أشياء لا أساس لها/ إضافات وهمية على أشياء فعلية قائمة/).

● ٧ - اضطرابات الذاكرة:
[النسيان العام/ النسيان المؤقت وهو الوهل الفجوي ويحدث عند حوادث الرضوض الدماغية أو الصدمات الكهربية أو الاختلاطات الذهنية/ النسيان الأمامي أو الوهل المتلاحق وهو سرعة النسيان بعد دقائق للأمام/ الوهل الراجع وهو نسيان خلفي لماضي الأحداث/ نسيان خلفي - أمامي/ نسيان متصاعد لأحدث الذكريات مع رسوخ الماضي.

[١٢ -] تقرير صعوبات النطق والتعبير [٢٠]

Speech and Expression Disorders

● ١ - هل يعاني المريض (حبسة كلاميّة)؟.
● ٢ - هل لديه (عمى حسي) أو (عمى حركي)؟.
● ٣ - هل يكرّر الأصوات بطريقة نمطيّة؟.
● ٤ - هل هو عاجز عن الكتابة؟ أو يكتب باليد اليُسرى؟.
● ٥ - هل هو عاجز عن القراءة؟ أو الحساب؟.
● ٦ - هل هو عاجز عن التعرُّف على أجزاء الجسم؟.
● ٧ - هل ينسى الأسماء والأرقام والمعاني والعناوين؟.
● ٨ - هل يعاني إصابة في (جهاز التصويت)؟.
● ٩ - هل يستبدل (حرفاً بحرف): [التأتأة الحرفيّة]؟.
● ١٠ - هل (يتوقف عن الكلام بشكل مفاجىء) [التلعثم]؟.
● ١١ - هل له اضطراب في سيل كلامه ونظامه [تمتمة]؟.
● ١٢ - هل يكرر الكلام طويلاً دون هدف [تكرار نمطي]؟.
● ١٣ - هل يُثرثر كثيراً دون ترابط وصلات [ثرثرة]؟.

- ١٤ - هل كلامه كسيل مشتّت مع صُراع [إسهال كلامي]؟.
- ١٥ - هل يصطنع الصمت [صمت مقصود مصطنع]؟.
- ١٦ - هل يلتجم المريض تلقائياً [صمت إرادي]؟.
- ١٧ - هل يحذف المريض الروابط وقواعد النحو بين الكلمات [الاختزال]؟.
- ١٨ - هل يحرّف المريض كلمات أو معاني؟ [التحريف]؟.
- ١٩ - هل يبتلع المريض بعض الحروف عند الكلام: [الحذف]؟.
- ٢٠ - هل يضيف المريض بعض الحروف عند الكلام: [الإضافة]؟(١).

[١٣ -] معلومات متمّمة وبيانات مستجدة:

وهي كافة الإشارات والبيانات التي يرى بها الأخصائي فائدة في المقابلة لتشخيص الحالة.

(١) راجع: [اضطرابات النطق] في [الفصل الثالث] من [الباب الأول] لهذا الكتاب: أي (الفصل السابق) للأهمية القصوى.

نماذج عالمية لاستمارات
دراسة الحالة
ونموذج الطب النفسي الحديث

نموذج بطاقة دراسة الحالة

نموذج رقم (١)

- عيادة جامعة بودرو -

بطاقة تسجيل : Registration Card

١ - التاريخ: ______ اسم الفاحص: ______

اسم المريض: ______ الجنس: ذكر أنثى

تاريخ ومحل الميلاد: ______ الحالة الاجتماعية: متزوج

العنوان: ______ رقم التلفون: ______

الديانة: ______

المدرسة: ______ السنة الدراسية: ______

٢ - الشخص الذي قام بالتسجيل (الجنس/ العمر/ نوع القرابة: ______

٣ - نوع العمل الحالي: ______

٤ - إذا لم يكن طالباً يذكر آخر مستوى تعليمي وصل إليه: ______

٥ - اسم الوالد أو ولي الأمر وعنوانه: ______ التلفون: ______

٦ - ما هي المشكلات الأساسية التي يشكو منها المريض: ______

٧ - متى لوحظت هذه المشكلات لأول مرة: ______

٨ - ما هي الظروف التي ساعدت على ظهور هذه المشكلات: ______

٩ - ما هي الإجراءات التي اتخذت لحلها وما هي التغيرات البارزة مع الحلول: ______

١٠ - تاريخ آخر فحص طبي ونتائجه: ______

١١ - اسم الطبيب وعنوانه وتلفونه: ______

١٢ - هل من الممكن الاتصال بهذا الطبيب لطلب معلومات منه: ______

١٣ - معلومات أخرى وانطباعات الأخصائي: ______

١٤ - مزاج المريض: ______

التاريخ التعليمي : Schooling Record :

١ ـ التاريخ: ________ اسم القائم بالمقابلة : ________
اسم المريض : ________ العمر : ________
الشخص الذي يدلي بالمعلومات ________ علاقته بالمريض: ________
عنوانه : ________ رقم تلفونه : ________

٢ ـ تاريخ دخوله المدرسة الإبتدائية : ________ عمره عند الدخول: ________
استجابته للخبرة المدرسية الأولى : ________

٣ ـ إذا كان طالباً فما هي السنة الدراسية المقيد بها : ________
إذا لم يكن طالباً فما هو آخر مستوى تعليمي وصل إليه : ________
هل اضطر أن يعيد سنوات دراسية : ________
إذا أعاد سنوات دراسية ، ما هي؟ وما الأسباب؟ ________

٤ ـ اكتب قائمة بالمدارس التي تنقَّل بها ومستوى تحصيله في كل منها :

ابتدائي	إعدادي	ثانوي	عالي

٥ ـ المواد التي يدرسها حالياً :

مواد محبوبة	تقديراته	مواد غير محبوبة	تقديراته	مواد صعبة	تقديراته	مواد سهلة	تقديراته

٦ ـ خططه المهنية للمستقبل : ________
٧ ـ تدريبه المهني : ________
٨ ـ الاهتمامات غير المهنية : ________
٩ ـ المصاعب الدراسية المحتمل مواجهتها فيما بعد : ________
١٠ ـ عدد مرات غيابه عن المدرسة أو الامتحانات: ________ الأسباب : ________

١١ ـ الجماعات التي ينتمي إليها داخل المدرسة: ____________

١٢ ـ صنف مدى تعاون الآباء مع المدرسة باستخدام التقديرات التالية:

أ ـ المواظبة على حضور الاجتماعات:	١	٢	٣	٤	٥
ب ـ مدى استبصار الآباء:	١	٢	٣	٤	٥
جـ ـ ضغط الآباء:	١	٢	٣	٤	٥
د ـ مدى اتزانهم الانفعالي:	١	٢	٣	٤	٥
هـ ـ النقد الذي يوجهونه إلى المدرسة:	١	٢	٣	٤	٥

تعليقات: ____________

____

____

١٣ـ فيما يلي قائمة بالسمات التي قد تكون عند المريض وللأخصائي الحكم:

معتمد (اتكالي)	مستقل	١	٢	٣	٤	٥
كسول	مجتهد	١	٢	٣	٤	٥
يجلب الضوضاء	هادىء	١	٢	٣	٤	٥
مهتم بالدراسة	غير مهتم	١	٢	٣	٤	٥
صامت	متكلم	١	٢	٣	٤	٥
اهتمامات ضيقة	اهتمامات واسعة	١	٢	٣	٤	٥
مشاكس	صديق للجميع	١	٢	٣	٤	٥
متمرد	متعاون	١	٢	٣	٤	٥
متعب دائماً	نشيط	١	٢	٣	٤	٥
متعب دائماً	نشيط	١	٢	٣	٤	٥
طفلي في تصرُّفاته	ناجح	١	٢	٣	٤	٥
منعزل	اجتماعي	١	٢	٣	٤	٥

تعليقات: ____________

____

١٤ ـ معلومات أخرى ____________

التاريخ الأسري: Family Record

١ ـ التاريخ: ـ ـ ـــ ـــــــ اسم القائم بالمقابلة: ــــ ـ ــــ

اسم المريض: ـــــــــــــ عمره: ـــــــــــــ

اسم الشخص الذي يدلي بالمعلومات: ــــ علاقته بالمريض: ــ

عنوانه: ــــ ــــ ــــــ رقم تلفونه: ـ ـ ــــــــ

٢ ـ أعضاء الأسرة المباشرون وبيانات عنهم:

	العمر الحالي	عمر الوفاة (إن كان)	سبب الوفاة	التعليم	المهنة
الأب:					
الأم:					
والد الأب:					
والد الأم:					
الإخوة:					
الإخوة:					
الأخوات:					

٣ ـ بقية أعضاء الأسرة وبيانات عنهم:

الأخوال: ــــــــــ ــــــــــ

الأعمام: ــــــــــ ـ ــــــــــ

٤ ـ هل أصيب أحد أفراد الأسرة بحادث أو مرض معين:
جريمة ـ اصطدام ـ صرع ـ ضعف عقلي ـ انتحار ـ عيوب في النطق ـ شلل ـ جنون ـ عمى ـ إدمان خمور ـ صمم ـ إدمان مخدرات ـ درن رئوي ـ مرض السل ـ الربو ـ السرطان ـ أمراض أخرى.

٥ ـ اذكر حوادث الطلاق أو الانفصال التي حدثت في الأسرة مباشرة وعمر المريض عنه كل منها.
تعليقات: ـــــــــــــــــــــــــــــــــــ

٦ ـ اذكر حوادث الزواج للمرة الثانية التي حدثت في الأسرة المباشرة للمريض:
تعليقات: ـــــــــــــــــــــــــــــــــــ

٧ ـ ما هو الوضع الاقتصادي العام للأسرة: ـــــــــــــــــــــــــ
أذكر أية استثناآت تشذّ عن هذا الوضع العام.

٨ ـ ما هي مصادر التوتّر عامة في الأسرة.
استجابة المريض لها: ـــــــــــــــــــــــــــــــــــ

٩ ـ صنف التنظيم الأسري: ـــــــــــــــــــــــــــــــــــ

١٠ ـ ما هو وضع المريض بالمقارنة إلى بقية إخوته: ـــــــــــــــــ

١١ ـ ما هو طموح الأسرة بالنسبة للمريض: ـــــــــــــــــــــــ

١٢ ـ ما هي الوسائل الترويحية بالنسبة للأسرة: ـــــــــــــــــــ
ما هو مدى مشاركة المريض في هذه الوسائل: ـــــــــــــــــ

١٣ ـ صف أية ظروف نفسية أو اجتماعية أخرى هامة في المنزل: ـــــ

١٤ ـ معلومات أخرى: ـــــــــــــــــــــــــــــــــــ

تاريخ النمو: Developmental Record

١ ـ التاريخ: ______ اسم القائم بالمقابلة: ______

اسم المريض: ______

اسم الشخص الذي يدلي بالمعلومات: ______ علاقته بالمريض: ______

عنوانه: ______ رقم تلفونه: ______

٢ ـ تاريخ ميلاده: ______ عمر الأم عند الميلاد: ______ مدة الحمل: ______

حالة الأم الصحية أثناء الحمل: ______

٣ ـ الوقت الذي استغرقته عملية الولادة: ______ أين تمت الولادة: ______

هل حدثت اضطرابات أثناء الولادة: ______

٤ ـ وزن المريض عند الولادة: ______ بعد أربعة أسابيع: ______

بعد ستة أسابيع: ______

٥ ـ هل حدثت أية ظروف غير عادية عند الولادة: ______

٦ ـ هل أصيب المريض بإصابات جراحية؟ اذكر نوعها وشدتها وعمره عند الإصابة بها: ______

٧ ـ اكتب قائمة الأمراض التي أصيب بها:

	المرض	عمره عند الإصابة	مدة المرض	شدته
أ ـ	______	______	______	______
ب ـ	______	______	______	______
جـ ـ	______	______	______	______

٨ ـ متى بدأت أسنانه في الظهور: ______

متى تم فطامه من ثدي الأم: ______

متى تم فطامه من الرضاعة الصناعية: ______

هل حدثت صعوبات أثناء الفطام: ______

متى ضبط عمليات الإخراج : ـــــ نهاراً : ـــــ ليلاً : ـــــ
متى استطاع المريض الجلوس دون مساعدة : ـــــ
متى استطاع المشي : ـــــ متى تكلم : ـــــ
متى استطاع الكلام : ـــــ متى استطاع فتح الأبواب : ـــــ
متى استطاع أن يلبس حذاءه : ـــــ
متى استطاع استخدام الملعقة : ـــــ والفنجان : ـــــ
علق على المعدل العام للنمو : ـــــ

٩ - متى لُقّن أول تعليمات خاصة بالجنس، وما هي هذه التعليمات : ـــــ
سنه عند البلوغ : ـــــ
ما هي المشكلات الجنسية التي ظهرت عنده في هذه السن : ـــــ
[العادة السرية - حب الاستعراض - اللعب الجنسي - استعمال الألفاظ البذيئة].

١٠ - ما هي عاداته في النوم : ـــــ
مع من ينام : ـــــ

١١ - أي من (مشاكل النمو) التالية تعرّض لها المريض، حدِّد السن عند التعرض لها والإجراءات المتخذة : ـــــ
العصبية - القلق - المخاوف الزائدة - قلة النوم - المشي أثناء النوم - الفزع الليلي - الجبن - الخجل - الوقاحة - العصيان - الميل للمشاجرة - المزاج الحاد - الغيرة - المروق - السرقة - الكذب - التدخين - الإدمان - مص الإبهام - قضم الأظافر - السادية - المازوخية - البوال - الغثيان - الإغماء - الصداع - الاحساس السريع بالإجهاد - اللزمات العصبية - التشنجات - الكتابة المقلوبة - التهتهة - عيوب أخرى في النطق.

تعليقات : ـــــ

١٢ - معلومات أخرى : ـــــ

(التاريخ الاجتماعي : Social Record)

١ ـ التاريخ: ـ ـ ـ ـ ـ اسم القائم بالمقابلة: ـ ـ

اسم المريض: ـ ـ ـ ـ عمره: ـ ـ ـ ـ

اسم الشخص الذي يدلي بالمعلومات: ـ ـ ـ ـ ـ

علاقته بالمريض: ـ ـ ـ ـ

عنوانه: ـ ـ ـ ـ رقم تلفونه: ـ ـ ـ ـ

٢ ـ صف علاقات المريض بالأشخاص التالين: (المقصود وصف هذه العلاقات وما يكتنفها من مشاجرات أو مخاصمات، وهل هي في معظمها علاقات تتّسم بالخضوع أو الحب أو طلب الحماية الخ . . .).

أ ـ أعضاء أسرته: ـ ـ ـ ـ

ب ـ جيرانه: ـ ـ ـ ـ

جـ ـ معلميه: ـ ـ ـ ـ

د ـ أقرانه: ـ ـ ـ ـ

٣ ـ هل أقرانه أكبر أم أصغر منه، وهل هم من نفس الجنس أم من الجنس الآخر، وهل يتّسمون بالهدوء أم بالمشاكسة؟.

٤ ـ ما هي الجماعات التي ينتمي إليها؟ وما هو وضعه داخل هذه الجماعات؟.

٥ ـ صف علاقاته الغرامية موضحاً عمره، وعمر الطرف الآخر وطول العلاقة؟.

٦ ـ كيف يكتسب نقوده وكيف ينفقها: ـ ـ ـ ـ

٧ ـ كيف يقضي لياليه عادةً؟: ـ ـ ـ ـ

٨ ـ ما هي هواياته: ـ ـ ـ ـ

٩ ـ ما هو نوع قراءته: ـ ـ ـ ـ

١٠ ـ صف البناء الاجتماعي في المنزل وفي المجتمع ووضع المريض وأسرته في هذا البناء: ـ ـ ـ ـ

١١ ـ معلومات أخرى: ـ ـ ـ ـ

التاريخ المهني : Vocational Record

ويخص هذا التاريخ (حالة الراشدين) فقط ويشتمل على :

١ - الأعمال السابقة التي شغلها المريض وسبب تركها: ______

٢ - نوعية العمل الحالي وواجباته ودخله: ______

٣ - التدريب السابق على المهنة : ______

٤ - علاقاته برفاقه بالعمل: ______

٥ - صعاب العمل: ______

٦ - عدد ساعات العمل يومياً وأسبوعياً: ______

٧ - الإجازات والعلاوات: ______

٨ - مزايا إضافية وحوافز: ______

٩ - التأمين الصحي والاجتماعي: ______

١٠ - أخطار العمل ومساوئه: ______

١١ - هل قضى المريض الخدمة العسكرية وما مدتها: ______

١٢ - معلومات إضافية مرتبطة بالعمل: ______

نموذج رقم (٢)
نموذج ميروسلاف ياجاني لدراسة الحالة
خبير اليونسكو ـ جامعة براتسلافيا ـ تشيكوسلوفاكيا

رقم الحالة: ________

اسم الحالة: ________

تاريخ ورودها: ________

تاريخ حفظها: ________

أولاً: بيانات عامة عن الحالة

رقم الحالة: ________ حفظت بتاريخ: ________

الاسم: ________ محل الميلاد: ________ تاريخ القدوم للعيادة:

العنوان: ________ تاريخ الميلاد: ________

المدرسة: ________ السنة الدراسية: ________ العمر الزمني:

التلفون: ________ مدرس/ مدرسة الفصل: ________

الأخصائي النفسي: ________ جهة التحويل: ________

وصف مفصل لمشكلات الحالة: ________

____

____

أ ـ كما وردت على لسان الحالة: ________

ب ـ كما وردت على لسان الأب: ________

جـ ـ كما وردت على لسان الأم: ________

د ـ كغا وردت في خطاب التحويل: ________

ملاحظات: ________

ثانياً: بيانات عن الأسرة:

اسم الأب: ______ محل الميلاد: ______ تاريخ الميلاد: ______

وظيفة الأب: ______ المستوى التعليمي: ______

عدد مرات الزواج ______ تاريخ الزواج ______

عدد مرات الطلاق: ______ عدد مرات الانفصال: ______

على قيد الحياة: ______ نعم لا تاريخ الوفاة: ______

اسم الأم: محل الميلاد: ______ تاريخ الميلاد: ______ العمر الزمني: ______

وظيفة الأم: ______ المستوى التعليمي: ______

عدد مرات الزواج: ______ تاريخ الزواج: ______

عدد مرات الطلاق: ______ عدد مرات الانفصال: ______

عدد مرات الحمل: ______ عدد مرات الاجهاض: ______

على قيد الحياة: نعم لا تاريخ الوفاة: ______

زوج أم ______ أو زوجة أب ______

الإخوة:

الرقم	الاسم	تاريخ الميلاد	الجنس	الحالة الاجتماعية	الوفاة	وضع تفضيل من

أفراد آخرون في العائلة:

عدد الحجرات ...... عدد الأشخاص ______ مكان نوم الطفل ______

السكن: ______

الدخل بالتقريب: ______

الأمراض الوراثية في الأسرة: ______

المشكلات السلوكية في الأسرة: ______

العلاقات العائلية: ______

داخل الأسرة: ______

خارج الأسرة: ______

ثالثاً: دراسة الحالة

الطفل: مرغوب فيه ______ ______ غير مرغوب فيه ______

الحمل: صدفة ___ ______ عن قصد ______

طبيعي ______ ___ غير طبيعي ______

الولادة: طبيعية ______ عسرة ______ استخدام آلات ______

إصابات الطفل: اختناق ______ يرقان ______

الفطام: ______

السن: ______

تنشئة الطفل: ______

في العائلة: ______ مع الأقارب: ______ في ملجأ اللقطاء: ______

في مؤسسة: ______ في بيت للحضانة: ___ في أسرة بديلة: ______

نمو الطفل المبكر:

الجلوس ______ الحبو ـ الوقوف ـ المشي ______

ظهور الأسنان ______ الكلمات الأولى ______

العادات الصحية ______ النوم ______

الاضطرابات الحسية الحركية ______

الأمراض:

النزلات المعوية ______ تضخم أو التهاب اللوزتين ______

التهاب الأذن ______ أمراض الأذن ______

ارتفاع الحرارة ______ أمراض أخرى ______

اللغة:

النطق ______ تكوين الجمل ______ عيوب الكلام ______

النمو الانفعالي والاجتماعي:

الاستجابات الأولى:

اللعب ـ ____________ القلق ____________

العدوان ____________ المخاوف ____________

تطور مرحلة الحضانة (٣ ـ ٦):

بيئة الطفل: العائلة الأقارب الحضانة المنزل

النمو الحسي الحركي: ____________

اللغة: ____________

النشاطات: ____________

الحياة الانفعالية: (القلق ـ العدوان ـ العناد ـ الهرب ـ التوتر ـ الإحباط التكيف الاجتماعي ـ أنواع الصراع).

المواقف المسببة للصدمات النفسية: ____________

____

____

الأمراض:

ارتفاع حراري التهاب الدماغ

التهاب سحائي أمراض أخرى

أنماط تنشئة الطفل:

اللامبالاة ـ اللين ـ الشدّة ـ الاتزان ـ التذبذب ـ العقاب ـ القمع.

ملاحظات أخرى: ____________

بداية المرحلة الابتدائية: ____________

سن دخول المدرسة: ____________

التكيُّف للمدرسة ومشكلاتها: ____________

المدرسة	السنة الدراسية	التحصيل	متفوّق	ضعيف

علاقة الطفل بالمدرسة والمدرسين:
نوع العمل المدرسي: ____
علاقة المنزل والمدرسة: ____
المشكلات المدرسية: ____
النشاطات والهوايات ووقت الفراغ: ____
سلوك الطفل في الأسرة: ____
المشكلات التعليمية والسلوكية: ____
بداية ظهور المشكلات: ____
المواقف التي تظهر فيها: ____

المرحلة المتأخرة في المدرسة الابتدائية:

مجالات الاهتمام: ____

المدرسة	السنة الدراسية	التحصيل	متفوق	ضعيف

سن البلوغ وتطوره:
نوع العمل المدرسي: ____
اهتماماته المهنية والإعداد لها: ____
مناشط أوقات الفراغ: ____
المشكلات في الأسرة والمدرسة: ____
مشكلات المراهقة: ____
قيم المراهق: ____
ملاحظات أخرى: ____
الفحوص النيورولوجية (العصبية): ____
الفحوص الطبية: ____
الفحوص المختلفة: **بيانات جسمية**: الطول ____ الوزن ____
نحيل ____ رياضي ____ بدين ____
التشوهات الجسدية: ____

الفحوص السيكولوجية :

الإبصار :

حدة البصر ـــ العين اليمنى ـــــ اليسرى ـ ـ ـ

أمراض البصر العين اليمنى اليسرى ـــــ

السمع :

حدة السمع الأذن اليمنى ـــ ـ اليسرى ـ ـ

درجة فقد السمع ـ ـــ الأذن اليمنى ـــ اليسرى ـــــ

استخدام اليد :

اليد اليمنى ـــــــــ اليد اليسرى ـــــ

الإدراك	الاختبار ــــــ	النتائج ـــــ
القدرة الحركية	الاختبار ــــــ	النتائج ـــــ
اللغة	الاختبار ــــــ	النتائج ـــــ
الانتباه	الاختبار ــــــ	النتائج ـــــ
الذاكرة	الاختبار ــــــ	النتائج ـــــ
القدرة العقلية العامة والتعليم	الاختبار ــــــ	النتائج ـــــ
القدرات الخاصة	الاختبار ــــــ	النتائج ـــــ
مجال الاهتمام أو الميول المهنية	الاختبار ــــــ	النتائج ـــــ
النواحي الانفعالية	الاختبار ــــــ	النتائج ـــــ
الاتجاهات الاجتماعية والقيم	الاختبار ــــــ	النتائج ـــــ
اختبارات الشخصية	الاختبار ــــــ	النتائج ـــــ
التكيُّف النفسي	الاختبار	النتائج ـــــ

فحوص خاصة : ــــــــــــــــــــــــ

ملاحظات على سلوك العميل : ــــــــــــــــــــــ

تقييم الشخصية : ــــــــــــــــــــــ

أسباب الاضطرابات: ________________

تعليل الاضطرابات: ________________

التنبؤ بسير العلاج: ________________

التوصيات: ________ التوجيه: ________ العلاج: ________

إعادة التربية وتكوين الشخصية: ________ تاريخ المقابلة: ________

ملخص الحالة: ________________

تتبع الحالة: ________________

الإمضاء: تعتمد: حفظت:

تحليل بطاقة بحث الحالة

- ١ - البحث الاجتماعي
- ٢ - البحث السيكولوجي
- ٣ - الفحص الطبي
- ٤ - الفحص الطبي النفساني

أولاً: البحث الاجتماعي:

١ ـ اسم الشخص وعنوانه: ______

اسم الوالد وسنه ومهنته: ______

اسم الوالدة وسنها: ______

حالة المنزل: (حسنة ـ سيئة ـ متوسطة) ______

تاريخ ميلاد المريض: ______ تاريخ الفحص: ______

تحديد المشكلة الاجتماعية: ______

٢ ـ صفحة العناوين:

أعضاء العائلة وأعمارهم وعناوينهم: ______

الجيران والأشخاص الذين يتصل بهم الطفل: ______

٣ ـ صفحة الوصف:

الأشخاص الذين قابلهم الأخصائي/ الأخصائية: ______

٤ ـ التاريخ:

أ ـ اسم المريض: ______

ب ـ حُوِّل من (جهة التحويل): ______

جـ ـ سبب التحويل: ______

د ـ تاريخ الأسرة:

١ ـ من ناحية الأب والأم:

الأجداد ـ الأعمام ـ الأخوال ـ العمات ـ الخالات ـ الوالدان ـ التعليم والمهنة (طراز العمل ـ الأجور ـ مدة البقاء في العمل ـ أسباب الترك) الميول ـ العادات ـ الاستعداد ـ الخصائص ـ (إدمان الخمر . . .) الصحة ـ المرض (السل، السرطان، الأمراض العقلية والنفسية،الحوادث . . . الخ).

العلاقات الزوجية بين الوالدين ـ تاريخ الوفاة وأسبابها.

هـ ـ الإخوة:

السن ـ التعليم ـ الاستعداد ـ الأخلاق ـ الميول ـ العادات ـ العمل (المركز، الأجور) ـ الصحة ـ المرض ـ الأمراض النفسية والعقلية.

و ـ تاريخ الشخص:

١ ـ قبل المولد:

الحالة المالية والصحية للأم أثناء الحمل. عوامل الإجهاد البدنية أو العقلية.

٢ ـ المولد:

التاريخ والمكان. الولادة طبيعية أو بواسطة الآلات. وضع عسر أو طويل المدة. تغذية طبيعية أو صناعية.

٣ ـ النمو:

سن التسنين ـ المشي ـ الكلام.

٤ ـ العادات:

أ ـ النوم: مضطرب أو هادىء ـ الأحلام ـ المشي أو الكلام أثناء النوم ـ مخاوف الليل ـ عدد ساعات النوم ـ القيلولة.

ب ـ الأكل: صعوبات التغذية أثناء الطفولة المبكرة ـ الشهية ـ أصناف الطعام ـ ما يحبّ وما يكره من ألوانه ـ الأكل بين الوجبات.

جـ ـ البول: ليلاً ونهاراً ـ أسبابه ـ القدرة على ضبط المثانة.

د ـ العادات السرية: المشاكل الجنسية ـ المعلومات عن الجنس ـ أوجه النشاط والميول المتصلة بذلك ـ الحوادث ذات الأهمية الخاصة.

هـ ـ مصّ الأصابع: قضم الأظافر. حركات الوجه أو الأطراف الملازمة ـ التهتهة ـ العي ـ النظافة الشخصية ـ العناية بالملابس ـ الاغتسال الخ.

٥ ـ الصحة:

التشنُّجات عموماً (الوصف والظروف) ـ الأمراض وتاريخ الإصابة بها ـ ظهور المرض: مدته ونتائجه (تقارير الأطباء أو المستشفيات). الوزن والطول بالنسبة للمتوسط.

٦ ـ الاستعداد والأخلاق:

الطفولة المبكرة والآن ـ صعب الإرضاء ـ سريع الغضب ـ مسالم ـ معتدٍ ـ محب للعراك ـ متشكك ـ غيور ـ هدام ـ أناني ـ محب ـ مسيطر ـ موقفه إزاء أهله ورفاقه ـ نوبات الغضب ـ المخاوف ـ الكذب ـ السرقة ـ معاملته للحيوان ـ شعوره بالمسؤولية ـ مساعدته في أمور المنزل ـ هل يبقى خارج المنزل إلى وقت متأخر ـ الانطواء أو الانبساط.

٧ ـ النظام:

ضبط الأهل للطفل ـ نوع العقوبة وانتظامها ومقدار قسوتها ـ أسباب العقاب ومن يقوم به وأثر ذلك على الطفل (مع تحديد حالات محدّدة ومعيّنة).

٨ ـ اللعب:

نوع الألعاب والدمى ـ مقدار الولع بها ـ من يفضّل من أترابه ـ أعمارهم ومميزات سلوكهم ـ هل يكره أحد الجنسين ـ النوادي والميول الرياضية ـ اللعب في المنزل أو خارجه ـ فرص التسلية في المنزل أو مع الأسرة ـ السينما والمسرح والرحلات ـ الهوايات الخاصة مثل الأشغال اليدوية والحياكة وفلاحة البساتين.

٩ ـ الحياة المدرسية:

الروضة أو المدرسة ـ تاريخ الدخول ـ التقدم ـ علاقة الطفل بزملائه ومعلميه ـ نشاطه وميله إلى بيئته ـ ميوله الخاصة إلى القراءة والكتابة ـ جمع الطوابع الخ... العمر العقلي ونسبة الذكاء.

ز ـ الدين: مقدار تدين الأسرة ـ أداء الطفل للفروض ـ ميله وفهمه للدين.

ح ـ العلاقات بين أفراد الأسرة: علاقات الأب والأم ـ معاملة الآباء لأطفالهم ـ المفضلون وغيرهم بين الأبناء ـ هل يتشاجرون أو هم أصدقاء ـ تذكر أشكال الغيرة والكراهية ـ موقف الطفل إزاء أعضاء الأسرة الآخرين وردهم على ذلك.

ط ـ البيئة: وصف الجيرة والسكن ـ المركز الاجتماعي ـ الشروط الصحيحة في المنزل ـ عدد الغرف ووسائل النوم ـ الايجار والحالة المالية (يذكر الدخل بالضبط).

٥ ـ المشاكل الاجتماعية الكبرى:

٦ ـ خطة التكيف:

٧ ـ موجز لتاريخ الحالة باختصار:

٨ ـ العلاج المقترح:

ثانياً: البحث السيكولوجي:

التاريخ: ــــــــــــــــــــ سن الطفل: ــــــــــــــــــــ

الموقف: تذكر رغبة الطفل في القيام بما يطلب منه ـ الجهد الذي يبذله ـ نشاطه البدني ـ مجرى الحديث ـ أشياء غريبة غير عادية ـ ملاحظة العوامل المؤثرة في نتائج الاختبارات.

الانتباه: درجة شروط الذهن ـ أثر ذلك في نتائج الاختبارات.

الأثر العائلي: هل توجد صعوبات لغوية ـ مقدار تعليم الأسرة ـ الميول والمعارف المؤثرة في طراز نمو الطفل العقلي.

تاريخ النمو: النمو البدني ـ الأمراض وأنواع العجز الخاصة ـ الذكاء.

١ ـ الاختبارات:

أ ـ الاختبارات اللفظية (العمر العقلي ونسبة الذكاء).

ب ـ الاختبارات غير اللفظية.

٢ ـ الاستعلامات:

٣ ـ الميول:

أ ـ في المنزل.

ب ـ في العيادة.

ملخص:

١ ـ **تحديد القدرة العامة:** (تقدير نتائج الاختبارات على ضوء الأمور السالفة).

٢ ـ أنواع الكفايات أو النقص الخاصة:

توصيات مثل (الإشارة ببعض التدريب الخاص لتقوية قدرات معينة أو التخفيف من نقاط ضعف خاصة). يدرس السيكولوجي (موقف الطفل) أثناء الاختبارات، ويحدد استجابته في إحدى الدرجات الخمس لكل من النواحي التالية:

١ ـ الرغبة: The Desire:

أ ـ يظهر شوقاً ملحاً إلى التجربة.

ب ـ يُقبل بنشاط على التجربة.

ب ـ جـ ـ الموقف السويّ: يقوم بالتجربة لأن القيام بها أمر مناسب.

جـ ـ يقوم بها لأنه ملزم على ذلك كواجب كريه.

د ـ يعارض القيام بها معارضة فعّالة.

٢ ـ الجهد : **The Effort**

أ ـ تام الكفاية.

ب ـ يتوفر على العمل توفراً واضحاً.

ب ـ جـ ـ جهد سويّ. لا يظهر عدم العناية ولا الاهتمام البالغ.

جـ ـ مهمل ـ مضطرب ـ شارد.

د ـ بليد.

٣ ـ النشاط البدني:

أ ـ الاضطراب ظاهر أو انفعال.

ب ـ فوق السوي ـ كثير الحركة.

ب ـ جـ ـ سويّ.

جـ ـ يؤدي ما يطلبه منه الاختبار فقط.

د ـ متأخر تأخراً ملحوظاً.

٤ ـ الحديث:

أ ـ ثرثار: يقاطع الاختبار.

ب ـ فوق السويّ: يتحدث عن موضوعات تلقائية أو ليس لها صلة بالأمر.

ب ـ جـ ـ سويّ ـ يحسن الحديث.

جـ ـ لا يتحدث حديثاً تلقائياً.

د ـ لا يجيب إلا بعد تحريض كثيراً أو لا يجيب البتة.

٥ ـ الانتباه:

أ ـ ب متوفر على الاختبارات ـ قليل الانتباه للعوامل الخارجية التي تجذب الانتباه عادةً.

ب ـ جـ سويّ ـ يمكن أن تجذب انتباهه أمور أخرى ولكن ليس إلى الحد الذي يفسد كفايته للقيام بالاختبار.

جـ ـ يشرد ذهنه للعوامل العارضة أو لأفكاره الخاصة فيعلق عليها أثناء الفحص ثم يعود انتباهه إلى الاختبار.

د ـ شارد الذهن: من العسير أن ينتبه إلى التجارب. دائم الذكر لأمور خاصة به.

٦ ـ فهم التعليمات:

أ ـ ب يفهم طريقة القيام بالاختبار المطلوب قبل أن تنتهي من إلقاء التعليمات العادية عليه.

ب ـ جـ لا يتطلب أكثر من التعليمات العادية.

جـ ـ يفهم الأفكار بعد قليل من الشرح الإضافي.

د ـ لا يفهم التعليمات إلا بعد توضيح خاص كثير أو لا يفهمها أطلاقاً.

ثالثاً: (الفحص الطبي)

يقوم الطبيب بفحص الحالة تبعاً للبيانات التالية:

المقاييس الآدمية: الوزن ـــ الطول ـــ الطول عند الجلوس ـــ

الرأس: المحيط ـــ الطول ـــ العرض ـــ الارتفاع ـــ

الصدر: المحيط ـــ عند الشهيق ـــ عند الزفير ـــ

الحجم ١ ـــ ٢ ـــ ٣ ـــ

القبضة اليمنى: ١ ـ ٢ ـ ٣ ـ اليسرى: ١ ـ ٢ ـ ٣ ـ

الرأس والرقبة: ـــــــــــــــــــــــــــــــ

الصدر: ـــــــــــــــــــــــــــــــ

المعدة: ـــــــــــــــــــــــــــــــ

الجهاز التناسلي: ـــــــــــــــــــــــــــــــ

الأطراف العليا: ـــــــــــــــــــــــــــــــ

الأطراف السفلى: ـــــــــــــــــــــــــــــــ

الأعصاب: ـــــــــــــــــــــــــــــــ

الأعصاب: ـــــــــــــــــــــــــــــــ

الحواس: ـــــــــــــــــــــــــــــــ

البصر: ـــــــــــــــــــــــــــــــ

السمع: ______________________
السمع: ______________________
وغيرهما: ______________________
العَدد الصمّاء: ______________________
ملاحظات: ______________________

رابعاً: الطب النفسي

اقتصر الطب النفسي على مرّ العصور على معالجة العلل العقلية علاجاً طبّياً محضاً. أما الطب النفسي الحديث فقد دروس حالات الشذوذ العقلي بطريقتين:

١ - الطريقة العضوية تشريحياً ووظيفياً كأساس لمصدر الأمراض النفسية والعقلية واضطرابات السلوك.

٢ - الطريقة الديناميكية التي تعيد الاضطرابات السلوكية أو العقلية إلى الصراع الوجداني والغريزي القائم بالنفس. وتفرّع عن الطريقة الديناميكية أسلوبان حديثان:

أ - الأسلوب الارشادي: وتركّز حول الوقاية والصحة العقلية واهتم بالطفل وارشاده.

ب - الأسلوب الإكلينيكي: ويهتم بتشخيص الحالات وعلاجها. ويقوم (الطبيب النفسي) بدراسة الحالة على ضوء المنهج الآتي:

منهج الطب النفساني:

١ - الحالة ______________________
٢ - المشكلة ______________________
٣ - تاريخ الأهل: التاريخ الشخصي ______________________
٤ - الطفولة المبكرة: ______________________

(تاريخ ميلاد الطفل ومكانه ـ حالة الوالدين الاقتصادية ومركزهما الاجتماعي عند الحمل ـ حالة الأم خلال همدة الحم ـ هل رحبت بالحمل أم لم تكن تنتظره؟ ظروف الوضع ـ هل كانت الطفولة المبكرة والطفولة المتأخرة عادية؟ هل كان النمو البدني والعقلي الأول مناسباً؟ هل جلس الطفل وحبا ومشى وتكلم في العمر المناسب؟ هل كان التسنين عادياً؟.

٥ ـ الأمراض والحوادث:

الصحة العامة ـ أمراض الطفولة والاهتمام بالحصبة ـ شوك الورد ـ أبو كعب ـ الحمى القرمزية ـ الدفتيريا ـ التيفود ـ الالتهاب الرئوي ـ التهاب الغشاء الرئيو ـ ضربة الشمس ـ عسر الهضم ـ الإمساك ـ الكساح ـ إصابات الرأس والحوادث: كيف حدثت؟ متى؟ أين؟ مقدار غيبوبة الطفل، وملازمته الفراش، مقدار العاهة، العناية الطبية أو الجراحية.

العمليات الجراحية: يذكر التاريخ ونوع العملية.

النوبات: الإغماء ـ اللازمات العصبية، أو التهافت العصبي، الرعشات، عاهات البصر أو السمع أو الكلام.

٦ ـ ردود الأفعال الملازمة:

هل الطفل ضعيف، حساس، محبّ للضوضاء؟ تاريخ ضبط المثانة. هل هو مصاب بالبوال؟ يذكر متى تغلب على ذلك ومقدار تكراره وإزمانه، وماذا اتخذ لعلاجه؟ أيُّ المظاهر العصبية العامة تبدو عليه: مصّ الأصابع العصبي، قضم الأظافر، نزوات الطفل فيما يتعلق بالطعام وعادات تناوله.

هل ينام الطفل جيداً؟ جون النوم، حديث النوم، الأحلام (أنواعها وتكرارها)، الحركات الملازمة، طريقة التنفس، التهتهة، النوبات الهسترية، سيل اللعاب، البصق، القيء، العادات المناهضة للمجتمع، الاعتداءات الجنسية، الكذب، السرقة، التشرد، إشعال الحرائق، التحطيم.

٧ ـ المدرسة:

تاريخ الالتحاق بها وتاريخ تركها، المواظبة، الفصل الذي وصل إليه

الطالب، مقدار توفيقه: ممتاز، متوسط، ضعيف فاشل، مقدار الرسوب، الهرب من المدرسة، مشاكل أخرى.

٨ ـ التكوين النفسي البيولوجي:

تبحث ردود الطفل العادية (العقلية والبدنية) على بيئته، ومطالب المجتمع منه. وعند تسجيلها ينبغي ذكر الوقائع التي توضح ذلك وعدم الاكتفاء بإلقاء الصفات وإلصاق العناوين بالطفل، مع محاولة تعيين خصائص شخصيته بملاحظة العوامل والصفات العامة وما عرض لها من تغير خلال حياة الطفل.

أ ـ **الاستعداد**: أهو صريح واضح أم متحفظ مغلق؟ هل يميل إلى التحدث عن نفسه والتخفيف من مشاغله؟ أيشعر بأهمية نفسه وثقته؟ هل هو مسرف الجد؟ أهو متواكل لا هدف له؟ هل هو خيالي أم واقعي؟ هل هو صادق أم كاذب؟ هل هو صاحب نزوات ومجلب للضوضاء؟ هل هو مولع بالصغائر؟ هل فشله وخيبته مزمنة؟ هل هو كسول أم نشيط؟ هل هو معتمد على نفسه أم على غيره؟ هل هو مغرور أم متواضع؟ هل هو شجاع أم جبان؟ هل هو قاس أم لطيف؟ هل هو صاحب ظن؟ غيور؟ خجول؟ مسيطر؟ أناني؟ مشاكس؟.

ب ـ **المزاج**: مرح متفائل، أم مهموم متشائم ينظر إلى الجانب الأسود من الحياة. فترات الانقباض أو الاشراق دون سبب ظاهر، ردود أفعاله الوجدانية إزاء النجاح أو المناسبات السارّة، ومن الناحية الأخرى إزاء الفشل وعدم التوفيق، هل هو راضٍ أم ساخط؟ سريع الغضب، كثير المعارضة، محبّ للعناد؟ كثير الثورة.

جـ ـ **المطالب الغريزية**: الصداقة، طبيعية، يصاحب الغير في سهولة وطلاقة، أم متحفظ محاذر في ذلك؟ من الناحية الجنسية: الغيرة أو المثلية. تاريخ حصوله على المعلومات الجنسية وظروف ذلك، الأخطاء في نمو الغريزة الجنسية، عادات الإخراج، بأي الوالدين أو أعضاء الأسرة هو مولع؟.

د - **العقلية**: نتائج الاختبارات، أقوال الأهل، هل تبين من لعبه ابتكار خاص ومثابرة؟ الانتباه والتركيز، الميول، الكفاية أو العجز في القيام بالواجبات المنظمة، المعلومات العامة، الشوق إلى البيئة، أقوال المعلمين.

هـ - **التوافق**: هل يجيد التعامل مع غيره؟ محب للتجمع أو يميل إلى الاستقلال بنفسه؟ خجول، أناني، طيب القلب، جلف يلتمس السقطات، عنيد، يثق بالغير أو ظنان، حقود، يرى الإساءات فيما لا يقصد منه إساءة. ما هي ميوله العامة ونواحيها؟ هل هو راض عن الحياة؟ هل هناك أسباب صحيحة أو خيالية لهمومه وتعاسته؟ هل هو راض عن الواقع؟ كبير الميل ألى الضرب في الآفاق.

وعلى الرغم من وجود بحوث ونظريات واختبارات مختلفة لقياس الشخصية فإن العلماء يرون ضرورة النظر للنقاط السابقة التي تكشف شخصية المريض وطرازها الذي يتحدد في واحد من (الأنماط الخمسة التالية):

١ - **النمط المنعزل (المغلق)**: وأعراضه شرود الذهن، حماسته محدودة، لا يلعب إلا قليلاً، غارق في التفكير بنفسه، كثير الأحلام والخيالات في صحوه، يتجنب الاتصال بغيره تجنباً ملحوظاً، خجول، كثير المخاوف، كثير الشك والظن بالناس، صامت، نادر الحديث، لا يميل إلى القيادة، دائم الحاجة إلى التشجيع، خامد الحماسة.

٢ - **النمط المتمركز (حول ذاته)**: وأعراضه قلة الثقة بالناس، أناني، مكافح، قليل العناية بالأمور، محقود، مغرور، كثير الادعاء، نادراً ما يسلم بالخطأ، يميل إلى تقريع الغير والأخذ بالثأر، سطحي، كثير الطغيان، كثير الانتقاد لغيه دون سبب ظاهر. له عن الأمور أحكام سابقة ومتسرعة، قليل العطف على غيره، كثير القسوة.

٣ - **النمط الملتج**: قلة الصبر وصاحبه كثير الحركة، مثير للضوضاء ومحب للصخب، محب للأذى؛ كثير القلق، دائم التظاهر، نادراً ما يتم عملاً بدأ فيه.

٤ ـ **الطراز المتقلب**: حساس، كثير النزوات، سهل الاستهواء، متردد، سريع التثبط، متقلب، يميل إلى الكآبة والوجوم حيناً ثم يشتد مرحه واستهتاره حيناً آخر. وهو عرضة لنوبات الحزن، أو نوبات الضحك والصياح، كثير الغضب، كثير الهموم، ويتسم بتقلب دائم في حالته الوجدانية الانفعالية؛ ومواقفه إزاء الحياة غير ثابتة.

٥ ـ **النمط/ الطراز العصابي**: كثير الاهتمام بصغائر الأمور؛ كثير الهلع، مسرف في الدقائق والتفاصيل، متطرف في المحافظة على الأصول والمواعيد والرسميات، قليل الانتباه، شديد القلق، كثير النسيان، متردد، متخلف، سهل الاضطراب والضيق، كثير الشكوى من التفاهات، كثيراً ما تظهر عليه الغرابة وتسيطر عليه أفكار خاصة ومخاوف مختلفة حتى المرضية منها.

والصفات السابقة للأنماط الخمسة قد (تتداخل) بعضها مع بعض وليس لازماً بالضرورة وجودها كلها عند فرد واحد. وإن من أبرز مزايا (الشخصية السليمة) كل الصفات التي تؤدي إلى توافق الفرد مع نفسه ومع بيئته ومجتمعه.

ويذكر في (التشخيص الطبي النفسي) الكفايات الخاصة: (الآلية، المنزلية، العملية، الموسيقية، الفنية، المهارة اليدوية، الألعاب الرياضية الخ...).

وفي التشخيص الطبي النفسي ليس المهم تعداد الأعراض والصفات بل الحصول على (صورة ديناميكية لشخصية المريض) والوقوف على العوامل الفعالة المؤدية لشكواه، وتقدير ما يرجى في شفاء حالته (التنبؤ المستقبلي): Future Prediction.[1]

(١) راجع: د. عطوف محمود ياسين: علم النفس العيادي، ط ٢/ ١٩٨٦/ دار العلم للملايين ـ بيروت (ص ٣٥٤ ـ ص ٣٩٥) وراجع (نفس المرجع) (ص ٣٠٧ ـ ٤٤٢)، [المقابلة التشخيصية وأنواعها ومحتوياتها وإجرائها].

البابُ الثالث

الفصل الخامس : التخلف العقلي وأمراضه

الفصل السادس : الأمراض العصابية النفسية

التخلف العقلي وأمراضه وعلاجه

MENTAL RETARDATION AND DEFICIENCY

عناصر الفصل المنهجيّة

- التعريف: Definition
- تصنيفات التخلف العقلي وأسبابه

Classification and Causation of Mental Retardation

ــ ١ ـ التصنيف حسب درجة الذكاء ومرتبة الإعاقة.
ــ ٢ ـ التصنيف حسب مصدر العلّة والسبب.
ــ ٣ ـ التصنيف المرضي ـ الإكلينيكي.
ــ ٤ ـ التصنيف التربوي ـ التأهيلي.

- [١] ـ محك درجة الذكاء:

ـ الفروق الفردية ومؤثرات الذكاء.

- [٢] مصدر العلة والسبب:

ـ أسباب وراثية أولية كمرض التصلب.

ــ أسباب ثانوية مكتسبة:

ــ ١ ـ فترة الحمل (عوامل داخل الرحم) :B.B.F

ــ ٢ ـ أثناء الولادة :D.B.F

ــ ٣ ـ عوامل بعد الولادة :A.B.F

ــ ٤ ــ عوامل أوائل الطفولة حتى المراهقة :E.C.A

● [٣] ـ المرضي ـ الإكلينيكي:

ــ ١ ـ أمراض وراثية رئيسية: (المنغولية ـ صغر الدماغ ـ التصلب الحدبي ـ التضخم الدماغي ـ الاضطرابات الأيضية ـ اضطرابات التمثيل الكاربوهيدراتي ـ الرأس البقري ـ تناذر لورنس ـ مون ـ بيدل؛ تناذر شترج ـ كاليشر؛ القماءة والقصاع.

ــ ٢ ـ أمراض ثانوية مكتسبة: (الشلل الولادي والعامل الريزيسي ـ الزهري الولادي ـ الصرع ـ استسقاء الدماغ وكبر الجمجمة ـ نقص الأوكسجين في الدم ـ التهابات الدماغ أو السحايا المتنوعة ـ الالتهابات الجنينية داخل الرحم ـ الإعاقات الحسية ـ الإعاقات النفسية الاجتماعية.

[٤] التصنيف التربوي ـ التأهيلي

ــ الأعراض التشخيصية والسمات العامة للتخلف.

ــ خطوات تشخيص التخلف العقلي وإصابات الأطفال.

ــ ﻋﻼج التخلف العقلي.

ــ خطوات الوقاية.

ــ مراجع البحث والمصادر.

الفصل الخامس

التخلف العقلي وأمراضه

Mental Retardation and Deficiency

● التعريف: **Definition**:

التخلف العقلي هو حالة من (عدم تكامل نمو خلايا الدماغ) أو (توقف) نمو أنسجته منذ الولادة أو في السنوات الأولى لسبب - ما - وهو ليس مرضاً مستقلاً بل هو مجموعة أمراض تتصف جميعها بانخفاض في درجة ذكاء الطفل المتخلف بالنسبة إلى معدل الذكاء العام وعدم القدرة على التكيف الاجتماعي: Inability of Social and Adaptive Behavior

- تصنيفات التخلف العقلي وأسبابه -

Classification of Mental Retardation

يصنّف العلماء المتخلفين (أربع تصنيفات أساسيّة):[1]

---

(١) دلت الأبحاث الباثولوجية الحديثة أن عدد الخلايا الدماغية يتقرر قبل الولادة بينما تتكاثر الخلايا الحشوية الأخرى Neuroglia وينمو الغمد الدماغي إلى ما بعد الولادة ومن الضرر الحادث لها قد يبرز التخلف العقلي.

● ١ ـ التصنيف حسب درجة الذكاء ومرتبة الإعاقة : I. Q. Criterion.
● ٢ ـ التصنيف حسب مصدر العلّة والسبب : Etiology. Criterion
● ٣ ـ التصنيف المـرَضي ـ الإكلينيكي : ـ
Pathological and Clinical Criterion
● ٤ ـ التصنيف التربوي ـ التأهيلي :
Educational and Rehabilitation Criterion.

[١ ـ] محك درجة الذكاء : I - Q

عرف أصحاب هذا المحك الذكاء بأنه قابلية الفرد على حل المعضلات الفكرية أو قابليته على التكيف تجاه المواقف الجديدة أو قابليته على التفكير المجرّد والاستفادة من التجارب[٢].

والذكاء باعتباره يمثل القابلية الذهنية للفرد يمكن قياسه بواسطة الاختبارات النفسية) التي طبقها :
ـ ستانفورد ـ بينيه وتيرمان ـ ميرل وويكسلر ـ بلفيو حسب المعادلة المعروفة :

$$I.\ Q = \frac{A.\ A}{C.\ A} = 100 \quad ١٠٠ \times \frac{\text{العمر العقلي}}{\text{العمر الزمني}} = \text{الذكاء}$$

$$١٠٠ \times \frac{\text{ع ع}}{\text{ع ز}} = \text{ذ}$$

---

(١) راجع : د. عطوف محمود ياسين ـ كتاب الذكاء والقدرات العقلية : دار الأندلس ـ بيروت ـ ١٩٨١ ـ ص ٤٥ ـ ٦٥.
راجع أيضاً : د. عطوف محمود ياسين ـ كتاب الأمراض السيكوسوماتية، ١٩٨٨/ بيروت ـ لبنان. مؤسسة نوفل

فنقول عن (طفل) بأنه (ناقص الذكاء) إذا كان عمره العقلي (أقل) من عمره الزمني مثل: $\frac{٤}{٨}$ × ١٠٠ = ٥٠٪ (متخلف).

ويكون (عادياً) حين يتساوى عمره الزمني مع عمره العقلي مثل:

$\frac{٨}{٨}$ × ١٠٠ = ١٠٠ (عادي - طبيعي)

ويكون (فوق المتوسط في ذكائه) حين يكون عمره العقلي أعلى من عمره الزمني مثل:

$\frac{١٠}{٨}$ × ١٠٠ = ١٢٥ ذكي وفوق العادي (متفوّق)

والطبيعي يقاس بالنسبة إلى معدّل الذكاء السكاني العام في ذلك المجتمع وفي ذات العمر الزمني. وحدد العلماء (أربع مستويات) للتخلف وهي:

	التصنيف	درجة الذكاء
١ -	المعتوه: Idiot	(٠ - ٢٥)
٢ -	الأبله: Imbecile	(٢٥ - ٥٠)
٣ -	المورون أو المأفون: Moron	(٥٠ - ٧٠)
٤ -	ما تحت الوسط: Borderline Dull or Back ward child	(٧٠ - ٨٥)

وبالإضافة إلى (تصنيف تيرمان) الشائع فإن التصنيف الحديث يقسم المتخلفين إلى درجتين وهما:

١ - التخلف العقلي العالي (٥٠ - ٧٥) High Grade Defective.

٢ - التخلف العقلي الشديد (٠ - ٥٠) Low. G. D.[٣].

(١) راجع: د. فخري الدباغ [أصول الطب النفسي] ص ٣٢٣ (بغداد - ١٩٨٣).

الفروق الفردية ومؤثرات الذكاء:

حددت دراسات (علم النفس الفارق: Differential Psychology على يد (آنا أنستازي) وغيرها أن (قانون الفروق الفردية) يشكل عاملاً حاسماً في تفاوت الذكاء بين الأفراد. وقد أكدت دراسات علماء القياس أمثال (هنري وبينيه وشتيرن) Stern، Binet، Henri، وجود (خمس مؤثرات حتمية) في فروق الذكاء بين الأفراد وهي:

١ - الوراثة: Heredity.
٢ - العمر الزمني: C. Age.
٣ - الذكورة أو الأنوثة: Sex.
٤ - البيئة الأسرية والعائلة: Environment + Family.
٥ - المستوى العقلي المعرفي: Cognitive. S.[1].

ولما كان (محك الذكاء) وحده يشتمل على كثير من الفجوات والعيوب للتمييز والتصنيف بين الأفراد لهذا كان لا بد من الانتقال إلى (المحك الثاني)[٢] وهو:

[٢ -] التصنيف حسب مصدر العلة والسبب: Etiology:

يصنف علماء آخرون (المعاقون عقلياً) حسب مصدر العلة لا حسب درجة الذكاء؛ وتتلخص هذه المصادر بثلاث مصادر:

---

(١) راجع: د. عطوف محمود ياسين: اختبارات الذكاء والقدرات العقلية، دار الأندلس - بيروت/ ١٩٨١/ ص ١٥ - ٢٥ الفروق الفردية.

(٢) راجع (المرجع السابق) ص ١٩١ - ص ١٩٩ (نقد محك الذكاء).

يتمسك علماء الوراثة بأن الذكاء صفة موروثة في الكروموسومات ولكنه لا يقتصر على (جين Gene) بل على آلاف الوحدات Multifactorial وتوزيع الذكاء في المجتمع يتخذ المنحنى الطبيعي Normal-Curve ويشبه في شكله (الجرس المقلوب) حيث تتجمع الصفة المتوسطة في وسط الجرس وتشكل أكثر من ٦٥٪ من السكان.

١ ـ المصدر الوراثي : .Hereditary. S

٢ ـ الاضطرابات الفيزيولوجية Physiological Disorders .

٣ ـ الإصابات الدماغية (جزئياً أو كلياً) Partial or Total Brain Damage .

، وتكون :

أ ـ داخلية ولادية : .Endogenous

ب ـ خارجية : .Exognous

ويفضل بعض الأطباء التمييز الدقيق بين :

أ ـ الأسباب الوراثية الأولية : .Primary Heriditary Causes

ب ـ الأسباب الثانوية المكتسبة : .Acquired Secondary Causes

أ ـ أما (الأسباب الوراثية الأولية) فهي صفات وراثية في حوينات الذكر أو بويضة الأنثى (قبل لحظة التلقيح) وهي التي تحدد مقدار (النقص العقلي) المرتبط بتاريخ أسرة الأم أو الأب أو كليهما. وقد كشفت الفحوص الطبية (عدم وجود أي سبب عضوي للإعاقة حدث بعد التلقيح). وتظهر الإعاقة على شكل تخلف عقلي مصحوب بعاهات جسمية واضحة تشير إلى نوع المرض بالذات ويُعزى ذلك إلى (جين وراثي كبير ومنفرد Major Gene) يتسرب وينتقل حسب قوانين (مانديل) بشكل مسيطر أو مستتر: Dominant or Recessive مثل: (مرض التصلب اللوحي أو مرض تِيْرنَنْ) .وقد يكون الانتقال عشوائياً مبسّطاً دون خضوع لقوانين الوراثة أو وجود تأخر عقلي في العائلة.

ب ـ أما (الأسباب الثانوية المكتسبة) فهي (إصابات تحدث بعد التلقيح) وتصيب خلايا الجنسين وغير قابلة للتوريث مثل:
(استسقاء الدماغ والتهابات السحايا والعوامل النفسية المتداخلة والعوامل المرضية المصاحبة لمراحل تطور الجنين).

ولتسهيل المعرفة بكافة الاحتمالات يقسم الأطباء الفترات إلى (أربع فترات):

١ ـ فترة الحمل: عوامل داخل الرحم: Before Birth Factors.

٢ ـ أثناء الولادة: عوامل عند الولادة: During Birth Factors.

٣ ـ عوامل بعد الولادة: After Birth Factors.

٤ ـ عوامل أوائل الطفولة حتى المراهقة: E. C - A.

١ ـ فترة الحمل: Before Birth Factors:

في مرحلة (التكوين الجنيني) ينتج التخلف العقلي عن الأسباب التالية:

أ ـ ظروف وأمراض الأم الحامل مثل: تسمم الحمل والإسقاط ـ كبر عمر الأم ـ سوء التغذية للأم والجنين ـ التبول السكري ـ عدم كفاية الأوكسجين ـ أمراض الغدة الدرقية ـ التعرض للإشعاع ـ ارتفاع ضغط الدم ـ الزهري ـ التسمم بالعقاقير الضارة للأم ـ اضطرابات تفاعل فصائل الدم Blood Groups Disorders ـ الحميات الفيروسية للأم كالحصبة الألمانية: German Measles والانفلونزا، والتهاب الكبد الوبائي Infective Hepatitis وغيرها....

ب ـ الحالة النفسية والاضطرابات الانفعالية للأم أثناء تكوين الجنين في الرحم.

٢ ـ عوامل وإصابات أثناء الولادة: During Birth Factors

ومن أمثلتها:

أ ـ الولادة المتعسرة أو الطويلة:

Complicated, Precipitate or Prolonged Birth.

ب ـ الولادة المتأخرة النضج والأوان: Postmature Birth.

جـ ـ الولادة السابقة الأوان والنضج: Premature Birth.

د ـ الولادة المشوّهة أو المختلطة كاختلاطات الملقط وغيره:

Deformed Birth With Various Subnormalitties وأمراض المشيمة أو حدوث (نزيف داخل الجمجمة) عند الولادة.

هـ - الحالة النفسية للأم أثناء الولادة والوضع الانفعالي:
Stress and Psychological Mood of the Mother

٣ - عوامل وإصابات بعد الولادة: **After Birth Factors**

ومن أمثلتها:

أ - قلة الأوكسجين أو وجود اضطرابات هرمونية.

ب - كبر حجم الجمجمة أو التهابات حديثة.

جـ - اختلاجات أو وجود شريان سروي واحد.

د - اليَرَقان أو اضطرابات الأم الانفعالية(*).

٤ - عوامل أوائل الطفولة حتى المراهقة:

Early Childhood Till Adolescence

ومن أمثلتها:

أ - الإصابات الحسّية العضوية الشديدة (كالعمى والطرش أو البكم) جزئياً أو كلياً.

ب - الأذى والشدائد على الرأس (الرجّه الدماغية) واحتمالات الحوادث.

جـ - الحرمان العاطفي البيئي في العائلة أو المدرسة أو المجتمع كالقسوة من أحد الأبوين أو كليهما أو التفكك العائلي أو كثرة التدليل أو الكآبة أو الفصام والجفاف العائلي العاطفي.

د - التهاب الدماغ أو السحايا أو حميّات معيّنة.

هـ - الاضطرابات النفسية أو العقلية (عُصاب - هستريا - انعزال - وإنطواء مرضي: Autism - وغيرها...

و - اضطرابات في النطق والقراءة وتأخر دراسي وإخفاق مدرسي واجتماعي ومهني.

ز - اضطرابات كيمياوية - حيوية في الجسم أو سموم مختلفة.

ح - خلل هرموني وبشكل خاص نقص في إفرازات الغدّة الدرقيّة (المكسيديميا).

(*) اليَرَقان: وهو قصور الكبد وإخفاقه في عمله الوظيفي.

[٣ -] التصنيف المرَضي - الإكلينيكي للتخلف:

Pathological and Clinical Classification and Causation:

تظهر هذه السمات عند (الطفل أو الكبير) كسمات (مرضية تشريحية) بجانب نقص الذكاء، وهي نوعان رئيسيّان:

● ١ - **أمراض وراثية رئيسية**: مثل المنغولية، صغر الدماغ، التصلب الحدبي، التضخم الدماغي، الاضطرابات الأيضية - اضطرابات التمثل الكاربوهيدراتي وغيرها.

● ٢ - **أمراض ثانوية مكتسبة**: مثل التهابات الرحم - الشلل الولادي - نقص أوكسجين الدم - استسقاء الدماغ - الزهري الولادي - الصرع - الإعاقات الحسيّة - الإعاقات النفسية - الاجتماعية وغيرها. . .

١ - الأمراض الوراثية الرئيسية: **Major Hereditary Illnesses**

١ - المنغولية: **Mongolism**

أ - يطلق على هذا المرض (تناذر داون Down's Syndrome) وما يرتبط منها بعمر الأم يسمى المجموعة النظامية Regular Group ويشتمل ٧٥٪ من الحالات. وهناك ٢٥٪ من الحالات لا ترتبط بكبر عمر الأم لكن الخلل بها راجع لاضطرابات في مواقع وتركيب الكروموسومات Translocation؛ وراجع أيضاً لتأثير أشعة إكس والأشعة الذريّة.

ب - في المنغولية يشبه (الطفل) شكل الجنس المنغولي، فالجمجمة مكورة وصغيرة وفتحة العينين منحدرة وضيّقة والأطراف قصيرة والجهاز العضلي ضعيف ولا يحتمل الأمراض، وأكثر المنغوليين من البلهاء (٢٠ - ٥٠) درجة من ذوي التخلف العقلي الشديد.

جـ - ساعدت الأدوية ضد الحياتية: Antibiotics على ارتفاع نسبة الأحياء من المنغوليين واستمرار حياتهم لمرحلة البلوغ.

٢ - صغر وانكماش الدماغ: **Microcephaly**

أ - يُعيد معظم الأطباء سبب صغر الدماغ لعدم نضج (مادة الدماغ) ذاتها ووجود جين وراثي مستتر ولا يزيد محيط الدماغ على (١٧) إنشاً في دور البلوغ ويصاحب التخلف العقلي للطفل احتمال إصابته بالشلل.

ب - يكون الدماغ خفيف الوزن مع ضمور في حجمه العام ويميل الطفل إلى اللعب والمرح وكثرة الحركة.

جـ - تنشأ هذه الحالة من تأثير الأشعة في المرحلة الجنينيّة أو بعد الولادة فهناك ٦٣٪ من أطفال (هيروشيما) تأثروا بذلك لتعرض أمهاتهم للأشعة الذرية في اليابان عام ١٩٥٤.

٣ - التصلب الحدبي: **Tuberous Sclerosis**

أ - هو مرض يصيب الدماغ على شكل عقد دماغية صغيرة أو عقد ليفيّة تحت الجلد وفي القلب والكليتين والعينين والرئتين ويصاحبهما (أورام ونتوءات ذهنية على الوجه أو صرع أو تأخر عقلي).

ب - يصاحب التصلب الحدبي بعض أعراض ولاديّة كالانتشار في العقد العصبية الليفيّة: Neurofibromas.

٤ - التضخم الدماغي: **Megalocephaly**

أ - يكبر الدماغ نتيجة لتضخم المادة البيضاء دون تكاثر عدد الخلايا.

ب - يصاب المريض بارتعاش وتشنجات وعمى وصرع وتأخر عقلي وعضلي.

٥ - الرأس البقري وتديّب الرأس: **Oxycephally**

أ - هو عبارة عن زيادة في نمو عظام الجمجمة في قسمها العلوي دون الأقسام الأخرى.

ب - هذا المرض نادر وينتقل بواسطة جين مسيطر غير منتظم.

٦ ـ تنـاذر (لـورنس ـ مـون ـ بيـدل)

Laurence - Moon - Biedle Syndrome

أ ـ هي حالة نادرة تعود إلى جين نصف مستتر ويكوِّن نقصاً عقلياً.
ب ـ يتسم المصاب بالتأخر التناسلي والجنسي Hypogonadism. وتعدد الأصابع وضمور الغدة النخامية التي تسبب (السمنة).

٧ ـ تناذر (شترج ـ كاليشر) **Sh - K - Syndrome**

أ ـ يتسم بوجود النقص العقلي مع الأورام الدهنية في الوجه وأغلفة الدماغ.
ب ـ يصاحبه أحياناً الصرع أو شلل الأطراف والشامة (الخال) على الوجه.

٨ ـ الاضـطرابـات الأيـضيّـة والبـروتينـات:

Abnormal Protein Metabolism :

أ ـ هي أمراض تعطي البول (حامض أمينية شاذة) تعوق تمثيل البروتينات Aminoacidurias من قبل الدماغ وتساهم بتكوين التخلف العقلي مثل (حامض الفينل الأنين) الذي يتحول إلى (حامض فينل بايروفيك): Phenylpyruvic Acid بسبب جين وراثي مستتر.

ب ـ يظهر على الطفل صَرَع وحركات لا إرادية والتهابات جلدية بالأكزيما، وتأخر عقلي واصفرار في الشعر وزرقة في العيون ويقال (الطفل الأشقر من عائلة سمراء). وبواسطة (أجهزة الطيف الكيميائية) يتم تحليل التبول للسرعة بالعلاج المبكر.

جـ ـ هناك (مرض هارتنَب Hartnup Disease) وهو نتاج حوامض أمينية شاذة مثل (تريبتوفان: Tryptophan) ويكشف عنها بتحليل البول المخبري. ويرافق التخلف العقلي به هزال عام وحبوب حول الثديين والتهاب جلدي كحالة (البلاجرا) لهذا يستعمل مضاداتها في علاجه (فيتامين نيكوتينك أسيد أمايد) لتغيير تفاعل البول.

د ـ هناك (مرض البول القيقبي: Maple - Syrup Urine) ويتسبب عن تجمع حوامض أمينية مثل (الفالين واللوسين) Valine and Leucine ويحدث الخلل التمثيلي ويولد نقصاً عقلياً دون معرفة السبب الوراثي لذلك.

٩ ـ اضطرابات التمثيل الدهني: Lipid Metabolism

أ ـ يعتبر مرض (تي ـ ساخز: Tay - Sachs Disease) مثالاً لها وبه ضمور دماغي ـ بصري يموت فيه العصب البصري وربما يحل العمى التام أو الصرع والتأخر العقلي والتشنجات العضلية. وينتشر هذا المرض في العائلات اليهودية بشكل خاص وقد يقود للموت.

ب ـ مرض (نيمان ـ بيكك: Niemann - pick's Disease) وهو نتيجة اضطراب وترسيب لمادة (سفينكومايلين: Sphyngomyeline) نتيجة لنقص الأنزيم الخاص به، ويصاب الطفل بالتأخر العقلي وفقر الدم (الأنيميا: Anemia) واصفرار الجلد وتصلب العضلات.

جـ ـ مرض (كوشر: Gaucher) وبه تترسب المواد الدهنية من نوع كلوكو سيربيرو سايد Glucocerebrosides وتولد تضخماً في الكبد والطحال وتخلفاً عقلياً واحتمالاً للشلل والصرع.

د ـ مرض (هرلر Hurler's Disease): وتنشأ عن ترسب مواد دهنية وسكرية في الدماغ والأنسجة فيكبر حجم الجمجمة وينحني العمود الفقري في المنطقة القطنية وتكون الأطراف قصيرة والكبد متضخم ويحدث التخلف العقلي ويعود المرض لجينات وراثية جسمية أو تناسلية مستترة.

هـ ـ مرض (هاند شولر ـ كريستيان): Handschuler - Christian وهو نتيجة ترسب مواد دهنية غنية (بالكوليسترول) في الجلد والعظام والأحشاء، والدماغ، ويحدث للمصاب صداع وجحوظ العينين

وصرع وتبول مائي شديد: Diabetes Insipidus وتدهور في القوى العقلية.

١٠ ـ الاضطرابات الكربوهيدرية:

أ ـ انخفاض سكر الدم: Hygoglycaemia يجب على الطبيب فحص: (ميختى سكر الدم) ليتأكد من إصابة الصرع أو التخلف العقلي ومن سوء استعمال الأنسولين الخافض لسكر الدم المزمن الذي يحصل للأطفال والشباب. وقد يكون السبب جين وراثي في عائلات معيّنة يولد ضموراً في المخ وتخلفاً أو صَرَعاً.

ب ـ مرض الكالاكتوزيميا: Galactosaemia وينتج عن خلل في تمثل سكر اللاكتوز ويعود لجين وراثي مستتر يولد عند الطفل تخلفاً عقلياً مع فقدان الوزن والقيء المستمر ويجب التشخيص والعلاج السريع والغذاء بمواد خالية من سكر اللاكتوز: Lactose - Free Food.

١١ ـ القماءة أو القُصاع: Cretinism

أ ـ هو نتيجة جينات وراثية مستترة توقف نمو الغدة الدرقية للطفل: Aplasia أو نقص إفرازات الغدة الدرقية للأم منذ الولادة (الثيروكسين: Shortage of Thyroxine).

وتظهر الأعراض بعد (٦) شهور كتضخم اللسان وهبوط الحركة وجفاف الجلد وتجعده، وبروز البطن؛ وغلاظة الصوت وتخلف عقلي شديد.

ب ـ يستدعي العلاج (إعطاء منتظم ومستمر لهرمون الثيروكسين ٠,٠٢٥ ـ ٠,١ ملغم) يومياً لتسترجع الأعراض الجسمية حالتها الطبيعية؛ ولكن التأخر العقلي لا يستجيب بشكل مأمول.

٢ - أمراض التخلف العقلي الثانوية: **Secondary Illnesses**

١ - الشلل الولادي: Cerebral Plasies

أ - من أسباب الشلل لطرف أو أكثر أذى على الرأس أثناء الولادة العسيرة أو استعمال الملقط أو السقوط من علو مما يولد توقف نمو المخ والتخلف.

ب - العامل الريزيسي: Rhesus - Factor

وهو عدم التوافق بين دم الجنين ودم الأم الحامل ويكوّن ذلك الشلل والتخلف.

٢ - الزهري - الولادي: Congenital Syphilis:

أ - تأتي (باكتيريا الزهري) من الأم وتهاجم الجنين.

ب - تولد عند الطفل ضمور أو موت خلايا الدماغ وتظهر على الأسنان والحواس والجلد أعراض الزهري الولادي.

٣ - الصرع: Epilepsy

أ - يحدث الصرع نتيجة خلل عضوي ويقود إلى التخلف العقلي.

ب - أثبتت دراسات عن مفعول (الأدوية المضادة للصرع) التي تتناولها الأم المصابة بالصرع وتأثيرها السلبي على الجنين[١].

٤ - استسقاء الدماغ وكبر الجمجمة Hydrocephlus

أ - هو احتقان سائل النخاع الشوكي الذي يولد انتفاخاً في حجم الجمجمة والرأس.

ب - من المحتمل أن يكون المرض بسبب وراثي أو انسداد أو ضيق ولادي في (قناة سيلفيوس) Aqueuduct. of Sylvius والعلاج يحتاج حتماً إلى (عملية جراحية) بالدماغ.

---

(١) راجع البحث الخاص عن (الصرع) في هذا الكتاب: (الفصل الرابع عشر / الباب السادس).

٥ ـ نقص الأوكسجين في الدم: Anoxia

أ ـ يحدث النقص في أمراض المشيمة والحمل غير التام.

ب ـ يحدث النقص في الولادة المتعسرة والاختناق الوقتي وكلها تؤدي إلى تخلف عقلي.

٦ ـ التهابات الدماغ أو السحايا المتنوّعة.

٧ ـ الالتهابات الجنينية داخل الرحم:

أ ـ تكون هذه الإصابات والأخطار في البيئة الرحمية للأم بعد التلقيح كالحصبة الألمانية ـ ونقص الفيتامينات والأملاح والغذاء.

ب ـ خطر طفيليات (التوكسوبلازما) Toxoplasmosis.

جـ ـ التعرض لأشعة اكس أو الأشعة الذرية أثناء الحمل. وتأثير (العقاقير الضارة) التي تستعملها الأم أثناء الحمل[1].

٨ ـ الإعاقات الحسية: Perceptual Handicaps:

أ ـ يتعرض الأطفال للإصابة بأمراض تعوق قدرتهم السمعية أو البصرية عن التعلّم والتكيف البيئي وهذا بدوره يحرم المصاب ودماغه من الاستيعاب رغم أن ذكاءه وسط أو فوق الوسط ويؤدي به للتأخر الدراسي ويبدو غبياً.

ب ـ يعاني الطفل شعوراً بالنقص ويبدأ بالسلوك السيكوباتي اللااجتماعي متمثلاً بالعدوان والمشاكسة والعنف.

جـ ـ برزت لهذه الإعاقات أهمية الوسائل السمعية والبصرية كأسلوب علاج: Audio - Visual Aids لتفتح أمام دماغ الطفل المعاق بعض الآفاق.

---

(١) يؤكد الاتجاه الطبي الحديث خطورة (الثاليدومايد Thalidomide) الذي كان يظن أنه دواء مهدىء وكذلك خطورة الأدوية المضادة للاكتئاب مثل: (الأركوت/ والكينين/ والأمينوبيترين: Aminopetrin وكلها لها تأثيرات جانبية خطيرة.

وهناك مثال على ذكاء العميان يتمثل بطريقة (بريل) في القراءة ومخترعتها (هيلين كيلر).

٩ - الإعاقات النفسية - الاجتماعية:

Socio - Cultural Deprivation Handicaps:

أ - هناك متأخرون عقلياً بسبب ظروف عائلية واجتماعية يحرم بها الأطفال من الحوافز والمنبهات العقلية دون وجود أي (نقص عضوي).

ب - إن حرمان الطفل من الحركة واللعب والنشاط بإشراف أبوين جامدين يكفي لتحويل الطفل إلى عنصر خامل وعبي كمعدنٍ ثمين علاه الصدأ.

جـ - الأطفال القادمون من (العائلات المهاجرة) إلى أمريكا وكندا واستراليا وانكلترا ينشؤون في جو حضاري ولغة ومجتمع جديد وتتكون لديهم سمات التأخر العقلي لانفصالهم عن حضارتهم وثقافتهم الأم[1].

[٤ -] التصنيف التربوي - التأهيلي:

Educational and Rehabilitation Classification and Causation:

أ - يتجه علماء النفس والتربية في تصنيفهم السببي لظاهرة التخلف أمثال (تيرمان - إيتارد - كيرك - منتسوري - دكرولي - بينيه - اليس دسيدرس -).

إلى تصنيف (تربوي - تأهيلي) للمعاقين يضعهم على ثلاث مستويات:

١ - ضعاف العقول: Feeble Minded.

٢ - المتخلفون: Mentally Handicapped.

٣ - الطفل بطيء التعلم: Slow Learner.

---

(١) قد ترتفع (قابلية أو موهبة خاصة) في الطفل المتأخر عقلياً ومع أن الذكاء منخفض ومحدود لكن الموهبة اليدوية في الموسيقى أو الآلات الحاسبة أو صنع النماذج والأشكال عالية ونطلق على هذا الطفل (الغبي الموهوب).

ب ـ يؤمن أصحاب (السببيّة التربوية) بأن المعاق ليس هو المسؤول عن إعاقاته وتخلُفه وإنما (المدرسة والأسرة والمعلّم والبرامج التربوية هي التي سببت التخلف والعاهات والإعاقة، وتأهيله المهني للمواقع هو العلاج له).

جـ ـ يؤكد علماء التربية والنفس المعاصرون أمثال (جون ديوي ـ كلباترك ـ روبرت سميث ـ دول ـ كروكشانك ـ جود إنف ـ ماورني ـ هيبر ـ وولي ـ بيركلي ـ سكيلز ـ داي ـ آرنولد جيزيل ـ ديفز ـ فريمان ـ كيبهارت ـ وليام واليس ـ إنسكيب ـ سكوتيل ـ آيزنيك ـ سكينار) بأن (البيئة) و(التعليم) و(التأهيل) هي مصادر العاهات وتطويرها هو الطريق للعلاج[1].

الأعراض التشخيصية والسمات العامة للتخلُّف:

Diagnostic Symptoms

١ ـ نقص معدّل الذكاء وضعف القدرات العقلية والأداء.

٢ ـ عدم القابلية على التكيف الاجتماعي والفكري.

٣ ـ يكون (المعتوه: Idiot)): (٢٥ ـ فما دون) عاجزاً عن حماية نفسه من الأخطار ولا ينطق إلا بكلمات وحروف، ولا يميز من حوله ولا يكترث بالألم ويمكن تعليمه إطعام نفسه بنفسه.

٤ ـ يكون (الأبله Imbecile) (٢٥ ـ ٥٠): عاجزاً عن تحصيل رزقه ولكن يستطيع حماية نفسه من المخاطر الجسمية؛ يتكلم أكثر من المعتوه ويفهم بعض الأوامر البسيطة ويميز الألوان والأوقات ويمكن تعليمه على الكنس والغسيل وارتداء ملابسه.

---

(١) راجع: د. عطوف محمود ياسين: سيكولوجية المعاقين والموهوبين (تحت الطبع).

٥ - يكون ضعيف العقل (٥٠ - ٧٠: Moron or Slow): قادراً على التكيف البسيط، ولديه قابلية لغوية بسيطة ويمكنهُ من تحصيل رزقه وحماية نفسه من الأخطار ويقوم بعمليات حسابية أوّلية وقراءة بسيطة ويمكن تعليمه الكتابة والعادات الاجتماعية المقبولة.

٦ - المتخلف عقلياً قدرته اللغوية منخفضة وعاجز عن التحصيل في القراءة والكتابة والحساب إلا بقدر محدود.

٧ - المعاق عقلياً لديه عجز في قوى الانتباه والتركيز ولذا يسهل إلهاء المصاب وتشتيت انتباهه: Distractibility.

٨ - المعاق عقلياً يعاني ضعفاً في التفكير المجرّد ولديه صفات سلوكية جامدة تتسم بحركات (رتيبة متكرّرة) دون مللْ.

٩ - المتخلف عقلياً يسهل تسييره واستغلاله من الأذكياء لضعف حكمته وبصيرته ويمكن انقياده للسلوك الإجرامي واللااجتماعي.

١٠ - المعاق عقلياً قد يكون مصاباً بتشويهات جسدية في الوجه والرأس أو الأطراف وقد يكون حسن الصورة كالأسوياء.

١١ - المعاق عقلياً قد يميل إلى العنف والكسر والتخريب وتكون لديه ميول حركية زائدة أو عاهات واضحة لا سيما إذا كان (مولوداً) قبل أوانه أو كان وزنه (أقل من الطبيعي).

خطوات تشخيص التخلف العقلي وإصابات الأطفال:

Diagnostic Steps :

١ - التصوير الكهربي للذبذبات الدماغية بجهاز تسجيل موجات الدماغ (هانس بيرغر: Berger. M.) Electroencephalograph: (E.E.G)

مع تخطيط القلب عند الضرورة بجهاز التخطيط:

Electrocardiograph: (E.C.G)

٢ ـ تطبيق اختبارات الذكاء والقدرات العقلية حسب المستوى العمري والتصنيفي مثل اختبارات ستانفورد ـ بينيه وويكسلر ـ بيلفيو؛ وبعض الاختبارات الإسقاطية.

٣ ـ إجراء اختبارات تحصيل مدرسي وتقرير السجل الدراسي للطفل.

٤ ـ تقرير طبي صحي شامل يتضمن كافة التحليلات والفحوصات.

٥ ـ تقرير اجتماعي دقيق يتناول كافة تفاصيل البيئة العائلية.

٦ ـ التركيز على الفحوصات الشعاعية والمختبرية لا سيما بعدما أصبح بالإمكان التنبؤ بنمو الجنين داخل الرحم واحتمالات وجود تشوّهات خلقية وما يلحقها من نقص عقلي وفحص عيّنة من سائل المشيمة Amniocentesis وفحص كروموسات الخلايا السابحة فيه لتحديد أنواع عديدة من أمراض التخلف العقلي Cytogenetics وقياس حجم الجمجمة بطريق الموجات فوق الصوتية Ultrasonics.

٧ ـ التأكد من الشجرة الوراثية العائلية واحتمالات وجود نقص عقلي بها.

٨ ـ كشف التمثيلات الشاذة في البول والدم كالحوامض الأمينية السامة.

٩ ـ وجود أو احتمال وجود تاريخ موجب لمرض في أدوار الحمل والولادة وبعدها.

١٠ ـ فحص دقيق للإعاقات الحسيّة والحركيّة والنفسيّة للطفل.

علاج التخلف العقلي: Treatement and Therapy

١ ـ بعد اكتشاف (المواد العضوية) السامة التي يمكن ملافاتها أو الوقاية منها للحفاظ على سلامة دماغ الطفل والكشف عن احتمالات خلل في الكروموسومات أمكن (منع أو تقليل أو وقاية) المصاب (في الحدود المستطاعة) من المواد التمثيلية السامة كما هو الحال في مرض (فينل كيتون يوريا والكالاكتوزيميا) أو بسد النقص الهرموني

لهرمون الثيروكسين في حالة مرض القُصاع أو إجراء (عملية جراحية دماغية) كما هي الحال في مرض (استسقاء الدماغ).

٢ ـ يعتبر (حامض الكلوتاميك Glutamic Acid) مفيداً للمتخلفين عقلياً لكن رفع درجة الذكاء فيه محدودة وتتراوح بين (٥ ـ ١٠) درجات وعمله يشبه العقار الجديد (الإينسيفابول Encephabol) لتنشيط الخلايا الدماغية Activation of the Brain Cells لأنه يزيد من سرعة العمليات التمثيلية للخلايا ويُثير تنْبيهَها.

٣ ـ إعطاء (الأدوية المهدّئة) للمتخلف المصاب بالاضطراب الحركي أو الهياج أو الاعتداء على الغير أو الذهان أو الهستريا مثل (الليبيريوم ـ الفاليوم ـ اللارجاكتيل) ومضادات الصرع للمصاب به ويحدّد الطبيب الكمية والفترات حسب العمر والحالة.

٤ ـ التركيز على (التأهيل المهني) للمتخلفين:
Occupational and Rehabilitation Therapy بإقامة ورشات التشغيل: (Work - Shops Traning) والتدريب على الصناعات الخشبية الخفيفة وصناعة العلب والصباغة والقص والخياطة والتنظيف مما يمنح المتدربين الثقة بالنفس ويضمن لهم كسب العيش الكريم دون بقائهم عالةً على غيرهم؛ ويحقق لهم الاستقلال ونوعاً من القناعة والسعادة.

٥ ـ إنشاء (مستشفيات خاصة وعيادات): Special Clinics and Hospitals لتقديم الخدمات الصحية والعقلية والتمريضية للمتخلفين والمعاقين مع تركيز العناية حول أمراض الأطفال ومشاكلهم، وإنشاء مستوصفات نهاريّة.

٦ ـ إنشاء (مدارس ومعاهد خاصة): Special Schools and Institutes للمعاقين والمتخلفين تشتمل على مراكز حضانة وفصول تتناسب مع نوعية الإعاقة ودرجة شدّتها وإعداد البرامج التدريبيّة والتربوية لها يقوم على تطبيقها أساتذة متخصصون بالتخلف العقلي والعاهات ومُنبثقة من

(احتياجات الأطفال) وإعاقاتهم العقلية أو العصبيّة أو الحسيّة أو النفسية أو الاجتماعية وتركيز الجهود نحو (القراءة والكتابة والحساب والسلوك الاجتماعي والعادات التوافقيّة والمهارات العمليّة).

٧ - حجز (المصابين) الذين لا تفيد معهم كافة سبل العلاج السابقة في (مستشفيات خاصة) لإزالة العبء والعناء عن ذويهم ومنع إيذائهم لأنفسهم أو لغيرهم.

خطوات الوقاية: Preventive Steps

١ - إنشاء عيادات نفسية وفروع لها بكافة المستشفيات لإجراء التشخيص المبكر والعلاج للحالات مثل استفحال المرض والإصابة مع الانتباه لمرحلة الحمل وظروف الولادة.

٢ - تعزيز الجهود لرعاية الطفولة والأمومة وتنظيم صحة الأسرة وتخطيطها. Family Planning.

٣ - منع الأدوية الضارّة عن (الأم الحاملة) وبشكل خاص ذات المفعول السرطاني Teratogenic.

٤ - رفع المستوى الاقتصادي والتربوي والاجتماعي للفئات المحرومة في المجتمع مما يساهم في تعزيز الصحة النفسية والجسمية للطفل وللأم الحامل.

مراجع البحث ومصادر عن التخلف العقلي

Bibliography and Resources

1. Ian Gregory: Fundamentals of Psychiatry, 1968.

2. L. Kanner: Child Psychiatry, Springfield, Thomas, 1935.

3. Cruickshank William: 1960 The Exceptional Children.

4. Freeman. A. + Kaplan. H. Comprehense Textbook of Psychiatry: I - II: 1971.

5. J. E. Wallace William: The Education of Handicapped Children, 1924. Boston - Houghton Miffin. Co.

6. Ingram Christine: Education for the Slow Learning Child, 1935. Yonkers World Book Co.

7. Inskeep Annie. D: Teaching Dull + Retarded Children, New York, 1926, Macmillan. Col.

8. Kolb Lawrence: Modern Clinical Psychiatry, 1968.

الأمراض العُصابيـة النفسـيّة

Psycho - Neurotic Illnesses

خطة الفصل المنهجية :

- تعريف جمعية الطب النفسي الأمريكيّة .
- تعريف منظّمة الصحة الدوليّة .
- نوعيات الأمراض العصابيّة النفسية وأسبابها وأعراضها :
  - ١ ـ القلق النفسي ـ العصابي (الحصار) .
  - ٢ ـ الاكتئاب النفسي ـ الانفعالي (غير الذهاني) .
  - ٣ ـ السيكاثينيا (استجابة الحصر العصابي ـ القهري) .
  - ٤ ـ استجابة الفزع والرهاب (المخاوف بأنواعها) .
  - ٥ ـ الهستريا (استجابة التحوُّل والانشطار) .
  - ٦ ـ المراق (الوساوس المرضية) .
  - ٧ ـ النورستانيا (الوهن العصبي) .
  - ٨ ـ اضطراب (الذات ـ الأنا) .
  - ٩ ـ الأنوريكسيا (رفض الطعام) .

- السمات الفارقة بين (العُصاب النفسي/ والذهان العقلي.
- حالات من العيادة النفسية.
- الأساس الفيزيولوجي - العصبي للانفعالات.
- الأسباب/ الأعراض/ سبل العلاج(*).

(*) لقد أفرزت (الحرب الأهلية المفروضة على لبنان) منذ بداية السبعينات وحتى التسعينات (حالات عصابية/ وسيكوباتية/ وفصامية/ وذهانية/ وبارانوية/ وانطوائية/ وعدوانية/) بحيث أصبحت بحاجة إلى دراسات وتصنيفات وقد يتواصل زمن مردوداتها وآثارها إلى عشرات السنين القادمة لأنها تمثل (حياة جيل كامل) نشأ في ظل الحرب وأهوالها الفادحة. وقد صمدَ (الشعب اللبناني) لكل ألوان هذه الحرب صموداً مدهشاً متحدياً التعذيب والتجويع والاحتكار والقمع والحرب النفسية الطاحنة التي تشنها عليه الدول الكبرى وبعض الأنظمة العربية.

الفصل السادس

الأمراض العُصابية النفسية

Neuroses: Psycho-Neurotic Illnesses

● **التعريف:**

عرَّفت جمعية الطب النفسي الأمريكي في تقريرها السنوي (**١٩٥٣**) الأمراض النفسية العصابيّة بالتالي:

«إن الأمراض النفسية هي عبارة عن مجموعة الانحرافات التي لا تنجم عن ـ علة عضوية أو تلف دماغي ـ بل هي اضطرابات (وظيفية): Functional Disorders ومزاجية في الشخصية وترجع إلى الخبرات المؤلمة أو الصدمات الانفعالية أو اضطرابات في علاقات الفرد مع الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه ويتفاعل معه وترتبط بماضي حياة الفرد وخاصةً في طفولة المبكرة»[١].

---

(١) راجع د. عطوف ي محمود ياسين: [علم النفس العيادي ـ الإكلينيكي]: دار العلم للملايين/ ١٩٨١/ لبنان ـ بيروت. (ص ٢٠٩ ـ ٢١٠).

ويتضمن أي تعريف (أربع أبعاد) من حيث:

أ - **الأعراض**.
ب - **الأسباب**.
جـ - **الأهداف**.
د - **الجوانب والنوعيّات**.

أما من حيث (**الأعراض**) **Symptoms فالمرض النفسي** هو اضطراب وظيفي في الشخصية تتجلى فيه أعراض جسمية ونفسية كالقلق والوساوس والأفكار المتسلّطة والمخاوف الشاذة واضطرابات جسمية وحركيّة وحسيّة متعدُدة.

أما من حيث (**الهدف**) **فالمرض النفسي** محاولة شاذة للتخلص من صراعات واضطرابات تستهدف حلاً لأزمة نفسية ومحاولة لتجنب القلق أو إيقافه ومحاولة تحقيق هذا الهدف قد تكون كبيرة أو قليلة أو محدودة.

أما من حيث (**الأسباب**) **فالمرض النفسي** هو اضطراب وظيفي ينشأ من تضافر عدة عوامل على رأسها صراعات لا شعورية طفولية وعوامل بيئيَة متشابكة.

أما حيث (**الأبعاد**) **فالمرض النفسي** ليس مقتصراً على النواحي السلوكية والعصابية وإنما أصبح يضم عدداً واسعاً من اضطرابات الشخصية كالإدمان والانحرافات الجنسية وكثيراً من الاضطرابات الجسمية ذات المنشأ النفسي واضطرابات الخُلُق.

تعريف منظمة الصحة الدوليّة:

وهي مجموعة الاضطرابات النفسية الناشئة عن صراعات نفسية مختلفة وتشترك جميعها في صفات عامة: (كالقلق والشعور بالاكتئاب وعدم الاستقرار مع الحساسية المتزايدة والشكوك غير المعقولة والحصر القهري

والمخاوف والرعب والاستثارات السريعة المصحوبة باضطرابات في النوم والشهيّة. وتذبذب في الكفاية الإنتاجية للمصاب مع بروز قيمتها وانتشارها الواسع في الطب النفسي والجراحة النفسية بحيث لا تخلو منها عيادة أو مستشفى حول العالم. وتؤثر أمراض العُصاب هذه في كفاءة الشخصية وانسجامها واتّساقها الداخلي: Internal Consistency.

ورغم ارتباط العُصابي بالواقع وعدم انفصاله عنه كالذّهاني فإن علاقته بالآخرين قائمة ولكنها مُذبذبة ومضطربة.

نوعيات الأمراض العصابية - النفسيّة: وأبرزها ما يلي:

- **١ - القلق النفسي - العصابي (الحصار): Anxiety State.**
- **٢ - الاكتئاب النفسي - الانفعالي (غير الذهاني):**
Psychogenic . Depression
- **٣ - السكاثينيا (استجابة الحصر العصابي - القهري):**
Psychasthenia . Obsessive - Compulsive Neurosis
- **٤ - استجابة الفزع والرهاب (المخاوف بأنواعها): Phobia.**
- **٥ - الهستريا (استجابة التحوُّل والانشطار): Hysteria.**
- ٦ - المراق (الوساوس المرضيّة): **Hypochondriasis**.
- ٧ - النورستانيا (الوهن العصبي): **Neurasthenia**.
- ٨ - اضطراب (الذات - الأنا): **Depersonalization**.
- ٩ - الأنوريكسيا (رفض الطعام): **Anorexia Nervosa**.

---

(١) يشير تقرير منظمة الصحة الدولية لعام ١٩٨٤ حول الأمراض النفسية والعُصابية بأن نسبة انتشارها تصل بين (٤٠ - ٦٠ ٪) من كافة الأمراض الموجودة في المستشفيات وأن (٦٠ ٪) من وقت العمال في المؤسسات الصناعية تعود لهذه الأمراض. وتزداد هذه الأمراض بين النساء أكثر منها بين الرجال.

وهناك اللجلجة في الكلام والنطق والسلوك السيكوباتي والإدمان والانحرافات الجنسية والتي سنفصل الحديث عنها في باب: [اضطرابات الشخصية].

[السمات الفارقة بين العُصاب النفسي - والذهان العقلي]:

- ١ - الفرد العصابي يعيش في (إطار الواقع) ويحس به ويشعر وكأنه بسجن داخلي بينما (المريض عقلياً وذهانياً) منفصل عن الواقع: Out and off Reality as a Psychotic.
- ٢ - العصابي يعاني خللاً (في جزء) من أجزاء الشخصية Partial Disorder بينما (المريض عقلياً وذهانياً) يعاني خللاً في كافة جوانب الشخصية Total Personality Disorder.
- ٣ - المريض عصابياً ترتبط أسباب مرضه عموماً بالبيئة والتعليم والاكتساب والتنشئة الاجتماعية بينما المريض عقلياً وذهانياً فإن أسباب مرضه وراثية أو عضوية جسدية أو دماغية مرضيّة.
- ٤ - المرض العصابي قصير الأمد، سهل الشفاء وقابل للعلاج بينما المرض الذهاني العقلي طويل الأمد صعب الشفاء وعلاجه غير متيسّر.
- ٥ - المريض العصابي متعاون ويستجيب للعلاج والمريض الذهاني العقلي غير متعاون ولا يستجيب للعلاج بسهولة.
- ٦ - المريض العصابي عموماً متمركز حول الذات وأنانيّته واضحة ويصاحب سلوكه اضطراب في العلاقات الاجتماعية وتبدُّل مزاجي سريع وسرعة غضب. بينما يسود في المرض العقلي تشوش في محتوى ومجرى التفكير وانعدام شعور المريض بالاستبصار وفقدانه التركيز الذهني للزمان والمكان والحجم.

● ٧ ـ المريض العصابي يعاني قلقاً وتوتراً وردود أفعال نوبيّة وسلوكاً يتصف بالتكرار والجمود والتسرُّع والطيش والحلول الدفاعية كهروب وحيل عقلية لاشعورية كالإسقاط والكبت والانسحاب والتقمُّص. أما المريض العقلي الذهاني فتسيطر عليه الهلاوس والهذاءات الوهمية والعزلة والانطواء الاجتماعي وبطء العمليات العقلية والاحساس وسوء التوافق الاجتماعي والمهني والعائلي وضعف عام في إدراك العلاقات بين المفاهيم والأشياء.

[الأمراض النفسية العصابية]:

[١ ـ] (القلق النفسي ـ العُصابي ـ الحُصار):

قبل بدء الحديث عن (نوعيات العُصاب) لا بد من الإجابة على (سؤالين):

ـ ما هي الأسباب الجوهرية في الأمراض العصابية ـ النفسية؟.

ـ ما هي النظريات الرئيسية في تفسير العُصاب؟.

أسباب العُصاب:

يقسم الأطباء وعلماء النفس أسباب العصاب إلى (أربع أسباب رئيسية) تتفرّع عنها كافة الأسباب الأخرى:

● ١ ـ العوامل التكوينيّة الممهّدة.

● ٢ ـ العوامل الترسيبيّة الحاسمة.

● ٣ ـ العوامل النفسية والتربوية والتطور الحياتي والطفولي.

● ٤ ـ العوامل البيئيّة الثقافية ـ الحضاريّة.

وعلى ضوء ما تقدّم نستنتج الاستنتاجات التالية:

ـ ١ ـ لا أثر للوراثة في العُصاب وأمراضه إلا بشكل ثانوي بينما تلعب (البيئة) والمحيط الدور الرئيسي والجوهري.

ـ ٢ ـ تلعب (مؤثرات الطفولة وتجاربها) دوراً بارزاً في حدوث الأمراض العصبيّة.

ـ ٣ ـ تؤثر (الشدائد الشخصية) في ظهور الأمراض العصبية مثل الاصطدام مع الرؤساء والمرؤوسين أو التعرُّض لإهانات متكرّرة أو إحباطات أو المنافسة الشخصية الثقيلة الوطأة أو النزاع على منصب.

ـ ٤ ـ (الشدائد المفاجئة الحادة) مثل فقدان العمل أو الإفلاس أو حوادث الوفاة أو الطلاق أو السجن أو الاتهام بجريمة أو مشكلة أو فقدان أحد الأفراد الأعزاء.

ـ ٥ ـ (الشدائد البطيئة المُزمنة) مثل: عدم الانسجام بين الزوجين ـ الأزمات المالية والعاطفية ـ المشاكل الجنسية وغيرها مما يتراكم مع الأيام.

ـ ٦ ـ الشدائد العضوية مثل (الانفلونزا ـ السموم ـ الحميّات كالملاريا والتيفوئيد واضطراب الحيض وفقر الدم والنزيف وغيرها..).

ـ ٧ ـ الشعور بالاغتراب والوحدة والفراغ أو اليأس والاكتئاب.

نظريات وتفسيرات العُصاب والأمراض النفسية:

● ١ ـ **النظرية العضوية ـ الطبّية (كريبلن)**: تؤكد هذه النظرية أن الأمراض النفسية العصابية والعقلية هي نتاج لإصابات دماغية أو أمراض عضوية جسمية.

● ٢ ـ **النظرية السيكوبيولوجيّة**: وهي رد على النظرية الطبية ـ العضوية ومن أشهر علمائها (آدولف ماير ـ آرثر نويز ـ هندرسون) وترى أن

هناك (عوامل متعدّدة) ومتفاعلة تقود إلى الأمراض النفسية والعُصابيّة كالوراثة وحياة الجنين والطفولة، والأمراض العضويّة وتجارب الحياة وظروف التربية ومؤثرات البيئة وفشل الإنسان في مواجهة الواقع والحياة.

● ٣ ـ **النظرية الفرويديّة للعُصاب**: وهي نظرية (التحليل النفسي) التي ترى بأنّ العُصاب هو نتيجة شدّة نفسيّة (جنسيّة الطاقة) أثناء السنوات الأولى من عمر الإنسان، وإن الكبت وآثاره هي التي تقرّر الحالات العصبيّة، وأعراض العُصاب ما هي إلا (حلول نسبيّة) توصّل إليها اللاشعور بعد عمليّة الكبت لكي يصل إلى نوع من التسوية والتوازن النفسي، وأعراض العُصاب تتكلم كرموز.

● ٤ ـ **النظرية الإدلريّة للعُصاب**: إن الطاقة الرئيسية في الإنسان ليست (الليبدو ـ الجنس) كما يرى فرويد بل هي (القوة والسلطة) والعصاب هو مجرد **شعور الفرد بالضعف** والنقص أمام قوى الحياة القاهرة وعدم الكفاءة نحوها. فالعُصاب حسب النظرية الفرديّة هو نتيجة تهديد وحرمان لرغبة القوّة وهو محاولة تعويض عن النقص بالظاهرة العُصابيّة.

● ٥ ـ **نظرية (يونغ) في العُصاب**: يرى (يونغ) أن (الانبساط والإنطواء) هي الطباع المهمّة في الإنسان ومجموع طاقات الحياة في الإنسان (ليس جنسياً) بل انطلاق من (اللاشعور الفردي الإنطوائي) نحو (اللاشعور الجماعي للناس) وبينهما يحدث الصراع ولكل ميل مزاياه وعيوبه والإلحاح على أحدهما فقط يولد الأمراض النفسية لعدم إشباع احتياجات الطرف الآخر في فطرة الإنسان.

● ٦ ـ **التحليليّون المُحدثون**: وأشهرهم:

أ ـ كارين هورني: K. Horney العجز والقلق الحضاري وفقدان الضمان يؤدي لنعصاب.

ب ـ تيودور رايك: T. Reik العصاب نتيجة لفقدان الثقة بالنفس.

جـ ـ أوتو رانك: O. Rank صدمة الولادة واضطراب الإرادة والمسؤولية يولد المرض.

د ـ إيريك فرام: E. Fromm الإخفاق في إشباع الميول الحياتيّة يولد العُصاب.

هـ ـ رولو مي: R. May القلق هو مصدر الأمراض العصابية ـ النفسية.

و ـ آنا فرويد: : A. Freud العصاب هو صادر من (الأنا ـ الذات) وعنها تصدر الحيل العقلية اللاشعور كحلول دفاعيّة أو هروبية.

● ٧ ـ **نظرية الإشراط الكلاسيكي (بافلوف)**: يرى أن العُصاب هو اضطراب بين استجابة الكف والاستثارة وهي استجابات تعتمد على تكوين الفرد وقد اعتبرت الهستريا والإعياء النفسي كأبرز أمراض العصاب.

● ٨ ـ **نظرية التعلم الحديثة (آيزينك: Multidimensional : [طباع ووراثة]**: إن العُصاب هو عادة سلوكية مُتعلَّمة مكتسبة عن طريق المنعكسات الشرطيّة المتعددة ولا علاقة للعُصاب باللاشعور والكبت كما يرى (فرويد).

● ٩ ـ **السلوكية الحديثة والعُصاب**: (وولب ـ سكينار): العصاب هو (استجابة خاطئة) قويتْ وتعزّزت في دائرة مُفرغة ذاتيّة المنشأ وقد أوضح (آيزينك) ١٩٦٠ في كتابه (العلاج السلوكي والعصاب) الفروق الجوهرية بين (العلاج السلوكي الحديث) و(العلاج التحليلي الفرويدي) في تناوله لمشاكل العُصاب كما هي في (الجدول التالي):

{حالة من العيادة النفسية:

شاب يشعر بالذنب والتوتر الداخلي. يصاب بأعراض الحصر ـ القهري، ويجد أن غسل يديه يخفّف عنه ألم التوتّر فيقوم بغسل يديه ليرتاح قليلاً والراحة المؤقّتة عنده (تعزّز) من شعوره بالإثم والخوف من رجوعه فيلجأ مرة أخرى إلى (تكرار التغسيل) وهكذا يصبح العصاب عادة مشروطة ومتكرّرة تعكس (حالة الوسوسة).

في الحالة السابقة يأتي التحليل السلوكي والإشراطي عند (بافلوف) بأن التكرار هو (رابطة عصبية) تحت قشرة المخ في حالـة من التحفّز والإعادة.

{الفروق الجوهرية بين العلاج السلوكي والتحليلي الفرويدي} في تفسير وعلاج الأمراض العصبية عند آيزينك

(العلاج السلوكي الحديث)	(العلاج التحليلي الفرويدي):
● ١ ـ يعتمد على نظرية علمية ومنهج تجريبي	١ ـ يعتمد على نظرية غير مثبتة تجريبياً.
● ٢ ـ تعتبر (الأعراض) استجابة غير متكيّفة.	٢ ـ تعتبر الأعراض ظواهر لأسباب معقدة في اللاشعور.
● ٣ ـ مستمدة من تجارب مخطّطة علمية.	٣ ـ مستمدة من ملاحظات سريرية دون تجارب مختبريّة.
● ٤ ـ الأعراض هي نتاج (تعلُّم خاطىء).	٤ ـ الأعراض العصابية هي دليل على الكبت.

● ٥ ـ الأعراض نتاج منعكسات شرطية عصبيّة.	٥ ـ الأعراض تتكوّن عن طريق آليات عقلية دفاعيّة.
● ٦ ـ لا يهتم العلاج السلوكي بتاريخ الأعراض والماضي.	٦ ـ العلاج التحليلي يهتم بالماضي وتاريخ الأعراض
● ٧ ـ يتم الشفاء بإطفاء الأعراض أو تأسيس عادات جديدة	٧ ـ يتم الشفاء بالتدخل باللاشعور والأعماق وليس السطح.
● ٨ ـ لا داعي للتفسير لأنه فيه تحيُّزاً شخصياً	٨ ـ تفسير الأعراض والسلوك والأحلام مهم في العلاج
● ٩ ـ لا ضرورة للعلاقات الإنسانية فيه	٩ ـ العلاقة والتقمُّص بين المريض والطبيب جوهريّة.
● ١٠ ـ يبدأ من الواقع والحاضر والأعراض	١٠ ـ يبدأ من الماضي والطفولة واللاشعور.
● ١١ ـ يعتمد على الوصف الدقيق للأعراض المرضية	١١ ـ يعتمد على التنفيس والتعبير الذاتي.
● ١٢ ـ لا يهتم كثيراً بالوصول للأسباب	١٢ ـ يحاول الوصول لجذور المشكلة وأسبابها.

[١ -] القـلق الـنفـسـي العُصابي : Anxiety Neurosis

● **التعريف:**

«هو شعور غامض عام بالخوف والتوجس والتوتر دون إدراك لمصدر الخوف ويكون مرضياً لأنه يصاحب الفرد في كل مكان ولا يمكن مواجهة مصدره أو ملاقاته ويصبح مصدراً للرعب والوساوس والتفكير والضيق والحصر. ويكون مصحوباً بأحاسيس جسميّة تتكرّر بين حين وآخر يشكل ضيقاً في الصدر أو التنفس أو فراغاً في المعدة أو تسرُّعاً في نبضات القلب فالقلق على هذا يكوّن (خوفاً مَرَضياً): Pathological Fear.

أما الخوف الفيزيولوجي - الطبيعي) فهو (خوف معلوم معروف السبب) كمواجهة حيوان مخيف وهو ضروري للوقاية منه والمحافظة على البقاء. ولهذا كان للقلق نتائج (إيجابية) أحياناً كحافز بجانب ما له من سلبيات.

عوامل ومسبّبات القلق: [لماذا يقلق الإنسان؟]

١ - يكون (القلق) نتاج انفصال الطفل عن الأم بالرضاعة والفطام أو لظروف وجدانية عاطفية كالمرض أو وفاة أو طلاق أو سفر أحد طرفي الزواج فينمو عند الأم وعند الطفل (استجابة القلق) بسبب افتقاد الحنان والعطف ويدعى ذلك (قلق الفراق): Separation Anxiety.
ويتكرر هذا الشعور في ظرف السفر والاغتراب وفي سن الشيخوخة والانعزال وضمور أنوثة المرأة.

٢ - القلق مرتبط بالنضج والتربية الجنسية في الطفولة فالفشل في الحياة الجنسية بعد البلوغ يقود للقلق الحاد الذي ينعكس على شكل حالة (قذف سريع) وخجل شديد من الاجتماع بالآخرين.

٣ ـ تظهر (استجابة القلق) كنتيجة للمشاكل العائلية والمهنية والماليّة ومسؤوليات الحياة التي تفوق قدرة الفرد على التحمُّل وعاداته السابقة.

٤ ـ تظهر (استجابة القلق) كنتيجة للأمراض أو الإصابات العضوية كالانفلونزا الحادة أو الأمراض المزمنة كالتدرُّن والربو وغيرها..

٥ ـ أثبتت الدراسات الوراثية أن (٥٠٪) من التوائم المتماثلة تتعرض للقلق وأن (٦٥٪) منها يكون القلق فيها شديداً وهي التوائم (المتطابقة الحقيقية من نفس البويضة ونفس النطفة) وتبين أن (٤٪) من التوائم المتآخية تتعرّض للقلق وأن ١٣٪ منها يكون القلق بها شديداً وهي (توائم متشابهة ـ غير حقيقية من بويضتين ونطفتين).

الميكانيزم الفيزيولوجي للقلق:

أ ـ تعتبر منطقة (الثالموس) أو تحت المهاد Hypothalamus هي المحطة الرئيسية للعواطف والانفعالات. ومنه تنبع إيعازات للجهاز العصبي (الأوتونومي).

ب ـ تشير الصورة السريريّة للقلق لمفعول الجهاز العصبي الذاتي ومفعول مادة الأدرينالين كارتفاع ضغط الدم والخفقان والتعرُّق وجحوظ العينين وشحوب الوجه وجفاف البلعوم والفم وارتجاف العضلات وتسرع حركة الأمعاء وكثرة التبول وربما الإسهال، وتحوُّل السكر من الكبد إلى الدورة الدموية. وكل هذه التغيرات نتيجة لتحفز الجهاز العصبي الذاتي وزيادة نشاط الغدة النخامية والكظرية. وذلك بزيادة كميات الإدرينالين والنور أدرينالين والـ ١٧ هايدروكسي كوريتكو ستيرويد في مصل الدم.

خلاصة القول:

ب ـ أنّ فتح (الثالموس) وهو (مهد العواطف) يؤثر في الغدة النخاميّة والجهاز العصبي الذاتي المتكوّن من جهازين رئيسيين هما (الجهاز السمبثاوي والجهاز الباراسمبثاوي) ويرتبط تحت المهاد بأجزاء أخرى من الدماغ لها (علاقة وثيقة بالقلق والعصاب) والعواطف عامة.

جـ ـ أكّدت دراسات (لادر ١٩٦٩) ازدياد جريان الدم في الزند والذراع والعضلات (أثناء القلق) وهذا ما يؤكد علاقة القلق بنشاط الدورة الدموية والقلب والعضلات وانخفاض (موجات ألفا) في التخطيط الكهربائي للدماغ.

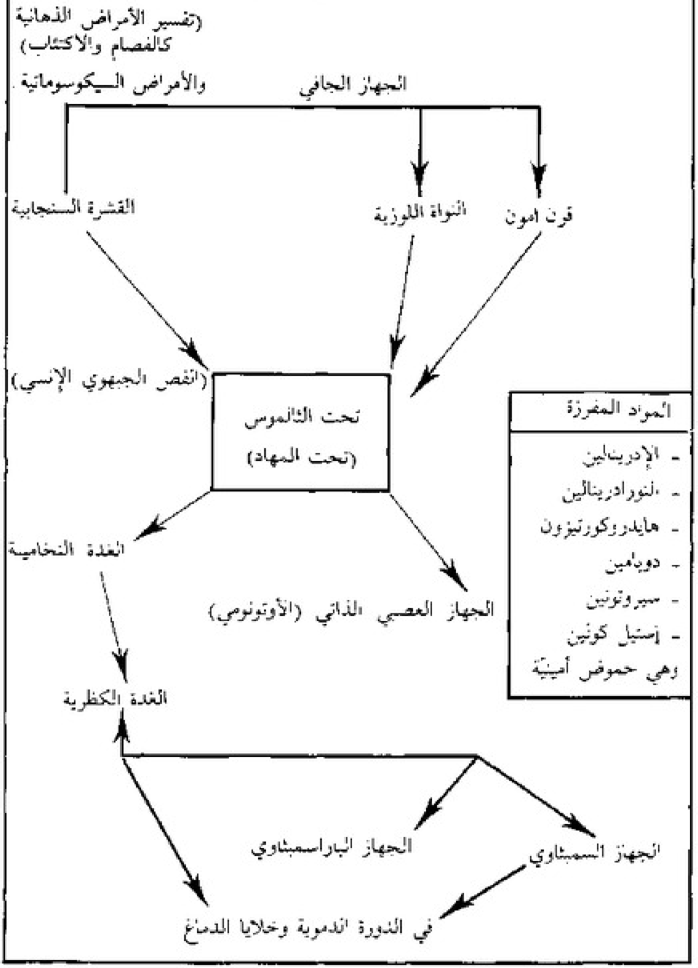
د ـ تؤدي إفراز الهرمونات وتكرار إفرازها بصورة مُزمنة إلى حدوث أضرار عضوية مختلفة وهي (الأمراض النفسجسمية) وهذا ما يفسر علاقة القلق الحاد والمزمن بالأمراض النفسجسمية وتحول السكر من الكبد إلى الدورة الدموية يفسُر العلاقة بين الشدائد النفسية وظهور السكر بالبول وبالمرض السُكري.

هـ ـ إنّ تواجد الهرمونات العصبية للجهازين (السمبثاوي Sympathetic) والباراسمبثاوي Parasympathetic والهايدرو ـ كورتيزون في الدورة الدموية هي التي تؤثر في الجهاز العصبي المركزي من ناحية وفي النهايات العصبية في مختلف أجهزة الجسم وتؤدي (لجفاف البلعوم ـ والتعرُق ـ والارتعاش ـ وتوتر العضلات ـ وانقباض المعدة والإسهال أو الغثيان والقيء ـ وتعمق الشهيق والزفير ويصحب كل ذلك شعور بالخوف والرهبة وضيق الصدر وبؤس وتوتر باطني وقذف جنسي واحتمال اقتراب من الموت).

شكل توضيحي

توضيح الأساس الفيزيولوجي ـ العصبي للانفعالات

Neuro - Physiological Bases of Emotions:



- **أعراض القلق السريرية:**

- **١ ـ النوبات الشديدة الحادّة:**

ومنها ما هو مستديم أو مُزمن ويرافقها خوف غامض السبب وقد تكون مفاجئة تزيد حساسية الفرد بحدوث مفاجآت سيئة وخوف ورهبة يمتد من المريض إلى أحد أقاربه وأهله على شكل توهُّمات.

- **٢ ـ تتنوّع أشكال (القلق الحاد) فتكون:**

ـ أ ـ **على شكل نوبة انهيار حاد: Acute Anxiety**: ويصاحبها هلع شديد وخوف وتوتر Panic State ويصاحب هذه الحالة عدم استقرار واضطراب عضلي وارتجاف في الأطراف والوجه والشفاه وشحوب في اللون وجفاف الحلق وقد يصرخ المريض ويبكي وربما ينهار المريض على شكل إغماء شبيه بالصَرَع.

ـ ب ـ **تناذر القلق الإعيائي: Anxiety Exchaustion**: وهو إعياء ناتج عن قلق حاد يصاحبه برود في التعبير وتبلُّد في العواطف وبطء فكري وإرهاق عام وسلوك آلي ثقيل ويحدث (القلق الإعيائي) في حالة النكبات والحرائق والكوارث والحروب والفيضانات.

ـ جـ ـ **حالة الرعب: Terror State**: وتدعى أحياناً حالة (صدمة القنابل: Shell - Shock) عندما يندفع المحارب كالأعمى وربما نحو العدو باتجاه الخطر؛ وقد يصاحب الحالة اندفاع حركي ثم جمود وعدم حركة وارتجاف وانصباب عرق بارد وعدم قابلية للصراخ أو الكلام وقد يندفع المريض بحالة رعب للهروب والجري دون هدف.

- **٣ ـ استجابة القلق المزمن: Chronic Anxiety**

وتتضمن مزيجاً من أعراض جسمية ونفسية مثل (خوف غامض دون معرفة مصدره ـ صداع وتوتر في الرأس: Tension and Headache ـ هياج

لأتفه الأسباب وحساسية سريعة ـ شعور بالاختناق وضيق في الصدر ـ ارتفاع ضغط الدم وشحوب وخفقان في الوجه وتعرُّق وبرود في اليدين ـ جفاف في الفم والبلعوم ـ سوء هضم وإسهال معوي ـ تسرُّع وتكرار في مرات التبوُّل وسكر في التبول مع ارتباطه بالحالة النفسية ـ توسع حدقة العينين وتوتر عام نتيجة اضطراب في عمل الجهاز العصبي الذاتي (الأتونومي) ـ اضطرابات في الساعات الأولى للنوم ـ صعوبة في التركيز والذاكرة وحدوث النسيان ـ الخوف من الجنون ـ نقصان الوزن قنوط وكآبة وألم ـ احتمال اضطراب عضوي ثابت ومتكرر (سايكوسوماتي).

تشخيص حالات القلق:

أ ـ لا بد من إجراء (فحص جسماني) للتأكد من أن القلق ليس ناتجاً عن مرض عضوي كالتسمم بالغدة الذرقية أو التسمم الرئوي أو غيرهما.

ب ـ لا بد من إجراء (فحص نفساني) للتأكد من أن القلق (مرض مستقل) وليس (عَرَضاً) للكآبة أو الفصام أو غيرهما.

جـ ـ التشخيص التفريقي للقلق يستلزم فصله عن مصاحبات له مثل (التسمم الذرقي ـ ارتفاع ضغط الدم الدوري ـ التدرن الرئوي ـ الهذيان نقص السكر الدموي ـ قلق الطمث ـ واضطراباته ـ قلق الصرع الصدغي ـ الخوف الاعتيادي ـ الأمراض العقلية الأخرى كاكتئاب سن اليأس (الميلانخوليا) واضطراب الفصام الشيزوفريني أو خرف الشيخوخة أو ذهان الهوس الدوري أو غيرها.

- **العلاج**: هناك (ثمانية) أساليب لعلاج القلق.

- **١ ـ العلاج الدوائي:**

أ ـ تستخدم المهدِّئات للقلق الحاد والمتوسط مثل [الفاليوم ٢ ـ ١٠ ملغم ٣ مرات باليوم ـ ليبريوم ٥ ـ ١٠ ملغم / ٣ مرات ـ ميروبامبيت ٢٠٠ ـ

٤٠٠ ملغم/ ٣ مرات باليوم ـ سيرباكس ١٠ ـ ٢٠ ملغم ٣ مرات باليوم].

ب ـ في حالات القلق المزمن والمتكذر تستخدم العقاقير السابقة مع إضافة مضادات الاكتئاب مثل: [البارنيت ١٠ ملغم ٣ مرات ـ الناورديل ١٥ ملغم ٣ مرات ـ النيامبد ٥٠ ملغم ٣ مرات ـ ويعالج أرق النوم بالأمينال أو الموكادون (١٠ ـ ٢٠) ملغم.

● ٢ ـ **العلاج النفسي للقلق**: ويتضمن:

أ ـ بناء العلاقة الوثيقة بين المريض والمعالج وإعطائه فرصة التعبير والترويح عن نفسه: Ventilation للمصارحة بمشاكله.

ب ـ الكشف عن الصراعات المكبوتة ومحاولة التوصل لجذور المشكلة.

جـ ـ استخدام التشجيع والتوجيه والإيحاء غير المباشر.

● ٣ ـ **العلاج السلوكي النفسي**:

أ ـ يرى الاتجاه السلوكي أن القلق عادة أو فعل منعكس شرطي خاطىء ولأجل إضعافه وإزالته يُعرّض المصاب ـ المريض إلى تجربة صناعيّة مفتعلة وهو تحت (تأثير عقاقير مهدّئة) أو في حالة الاسترخاء.

ب ـ يُعرّض المصاب إلى نفس القلق وبدرجة (أقل) حتى (يتعلّم) احتمال ذلك القلق والخوف تدريجياً ولا يكترث به أو يتجاهله.

● ٤ ـ **العلاج الاجتماعي**:

أ ـ يرتكز على الدراسة الاجتماعية الاستقصائية لحياة المريض الأسرية والشخصيّة للوقوف على (مصادر القلق البيئيّة) وظرف العمل.

ب ـ يعمل الأخصائي على تغيير (المحيط والظروف البيئية) نوعياً ومكانياً وتأثيرياً ليحل التأثير الإيجابي منها على المريض مكان التأثير السلبي.

● ٥ ـ العلاج بالأنسولين المعدّل **Modified Insulin Therapy**

أ ـ تبين أن كمية قليلة من الأنسولين تفتح الشهيّة وتخفض نسبة السكر في الدم وكلاهما يساعد المريض على الهدوء.

ب ـ بدأت الأدوية المهدّئة الحديثة تأخذ مكان الأنسولين المعدّل؛ وما يزال الأنسولين فعّالاً في (حالات القلق الحاد).

● ٦ ـ العلاج بالعقاقير أو الصدمة الكهربائية:

أ ـ تعتبر (المهدّئات) من أبرز ما يُستخدم لمعالجة حالات القلق؛ وبشكل خاص الحالات الطارئة والمفاجئة التي تستدعي علاجاً سريعاً وآنيّاً.

ب ـ في حالات (الانهيار والرعب) يلجأ الطبيب لاستخدام (طريقة النوم الدائمي Continuous Sleep Therapy وذلك بإعطاء المريض مواد منوّمة مثل مركبات الباربيتوريت (الأميتال أو السيكونال أو الكلورال هايدريت) لينام (٢٠ ـ ٢٤) ساعة.

جـ ـ نادراً ما تستخدم الصدمة الكهربائية في حالات القلق ما لم يرافقها (اكتئاب شديد) من (٣ ـ ٤) جلسات كهربائية.

● ٧ ـ العلاج الاسترخائي: **Relaxation Therapy**

أ ـ الاسترخاء جسمي ونفسي وفكري ليصل الدماغ لحالة راحة.

ب ـ يعتمد هذا العلاج على الإيحاء الذاتي والتنويم الباطني: Autohypnosis.

● ٨ ـ العلاج النفسي الجراحي للقلق: **Psycho - Surgery**

أ ـ أثبتت (التطبيقات الجراحيّة) بأن اجراء عملية قص في الدماغ بين الألياف الموصلة بين منطقتين (قشرة المخ السنجابية في الفص الجبهوي بمنطقة تحت المهاد من جهة ومنطقة الجهاز الجافي) توقف وتعزل دوران القلق والخوف والتوتّر وتعمل على إزالة القلق وتهدئة التوتر.

[٢ -] الاكتئاب النفسي - الانفعالي (غير الذهاني): Psychogenice Depression :

● التعريف:

الاكتئاب النفسي هو مظهر أو نتيجة من نتائج القلق يصاحبه شعور بالبؤس وشعور بالتوعك والعجز والمزاج السوداوي وضيق الصدر وعدم الرضاء واليأس وعدم الاكتراث بالحوادث أو نتائجها وشعور بالإعياء وعدم القدرة على إنجاز أي عمل والانحدار في الثقة بالنفس. ويكون الاكتئاب (انفعالياً) Reactive Depression أو (نفسياً): Psychogenic أو (ذهانياً) بسبب تكويني واستعداد ذاتي: Psychotic Depression.

أسباب الاكتئاب النفسي الانفعالي:

١ - يرتبط الاكتئاب الانفعالي باضطراب عصبي عام: Neurotic Depression ناتج عن **عوامل بيئية - اجتماعية** عموماً كالأزمات المفاجئة والحادّة وفقدان الأعزّاء أو مرض الأحبّة وما شابه ذلك.

٢ - مرض جسمي منهك يقود الإنسان للقنوط واليأس وتوقّع الموت كأمراض القلب أو فقر الدم (الأنيميا) أو السرطان أو التدرن الرئوي أو خذلان وهبوط الغدّة الدرقيّة.

٣ - عامل نفسي مزمن وذاتي عند الفرد تتكدّس فيه الشدائد والأحزان كالأمراض المزمنة لأحد أفراد الأسرة أو الأحوال المادية المتدهورة، واحتمال الإفلاس والمشاحنات العائلية والفشل الجنسي أو العائلي.

٤ - لاحظ الأطباء أن العوامل الوراثية والاستعداد التكويني في الكآبة نادرة وأغلبها (خارجية وبيئيّة ونفسية) ويعلّل (فرويد) الكآبة على أنها (عداء مكبوت) بينما (الكآبة) عند آخرين هي (رد فعل وقائي) وعمل تكيُّفي ضد الشدائد النفسيّة وأخطرها افتقاد (الموضوع الهام للإنسان) سواءً

كان (شخصاً أو زوجة أو تجارة أو مالاً أو امتحاناً أو عملاً أو صديقة...).

٥ ـ يفسر الوجوديون (الكآبة) بأنها شعور بتوقّف ساعة الزمن الذاتي (فردياً واجتماعياً) فالوجود لا يستحقّ أن يُعاش والحياة لا هدف لها؛ والذي يتحكّم في الوجود هو (اللاجدوى)[1].

تشخيص الاكتئاب الانفعالي:

يُعرف (الاكتئاب) بالمظاهر التالية:

١ ـ مظهر المريض الكئيب والحزن والنفور من مباهج الحياة.

٢ ـ إن (الكم) للعوامل الخارجية النفسية هو الذي يميز (الكآبة الانفعالية) عن (الكآبة الذهانية) التي تتحكم بها النواحي العقلية والعضوية والوراثية.

٣ ـ عند التشخيص التفريقي يجب تمييز (الاكتئاب الانفعالي) عن الأمراض العقلية الأخرى كخَرَف الشيخوخة والتهاب الدماغ الزهري وتصلّب الشرايين الدماغية والحميّات الفيروسية كالتيفوئيد وغيرها.

٤ ـ يعتبر (الغم الحاد: Acute Grief) من أشهر أعراض ومظاهر (الكآبة الانفعاليّة) التي تقل فيه الشهيّة ويضطرب النوم لفقدان الفرد المريض (عزيزاً عليه) ويتذكر المصاب صورة الفقيد الميّت ويسيطر عليه الغم ويتخيل عودة الميّت للحياة وخروجه من القبر؛ ويصاحب (الغم الحاد) هلوسات وصُداع وقلق وبعض آلام جسمية ومفصليّة واضطراب الحيض عند الأنثى.

ومن حالات العيادة حالة امرأة في كامل الصحة الجسمية والحيوية فقدت والدتها بموت مفاجىء صاعق على أثر عذاب طويل وطلاق من الأب الذي قسى قسوةً غريبة على كل من حوله؛ وانتقلت آثار (الغم

---

(١) راجع: كولن ولسون: كتاب اللامنتمي، وكتاب سقوط الحضارة.

الحاد) إلى الجهاز العصبي وأفرزت صداعاً نصفياً وآلاماً حادةً؛ وبعد مراجعة العديد من الأطباء بكافة التخصُّصات وبعد وفاة (جدّة المرأة) عقب شهورٍ قلائل من (وفاة أمها)؛ اتضح من خلال الفحوصات الطبية والتحاليل عدم وجود أية مشكلة عضوية عند صاحبة الحالة (هـ.ج). أما حالتها النفسية والعصبية فقد ازدادت سوءاً وكانت على شكل نوبات وذكريات تُعاودها خلالها موجات سوداويّة من (الغم الحاد) و(الاكتئاب الانفعالي) المرتبط بالطفولة والأحداث العائلية؛ ورغم أن زوجها الشاب (م. ت) كان زوجاً نموذجياً لا يدخر جهداً إلا ويبذله لإسعادها المتواصل كزوجة مخلصة وناجحة ومع ذلك فإن (الغم الحاد) كان دوماً يلازمها لوجود رواسب حزينة في (اللاشعور) الذي ترتع فيه ذكريات الأسى.

* * *

وهناك حالة ثانية (للغم الحاد) لامرأة ظلّت ترى صورة قريبها (ابن أختها) الذي احترق بحادث مُفجع حتى بعد (٥) سنوات من وفاته.

* * *

وهناك حالة ثالثة لامرأة حاولت فتح قبر ابنها الرضيع لأنها لم تعترف بموته نتيجة (للغم الحاد) الذي كاد يقتُلها بعد وفاته.

أعراض الاكتئاب الانفعالي:

- ١ ـ شعور المصاب بالقنوط والشقاء واليأس والعجز والغم القاتل.
- ٢ ـ شعور المصاب بفقدان الثقة وعدم القدرة على أداء الواجبات.
- ٣ ـ عدم قدرة المصاب على التركيز واضطراب عند بدء النوم.
- ٤ ـ شعور الخوف والرهبة من القدر الظالم والعالم القاسي الذي لا يرحم.
- ٥ ـ صداع دائم أو متقطع وتوتر في الرقبة والرأس وغثيان وزيادة وزن واضطراب شهيّة.

● ٦ ـ يشعر المريض بالسعادة ببداية النهار ثم ترتفع الكآبة مع تقدُّم النهار وتتحسّن الشهيّة للطعام بعض الشيء ثم يسود الشعور بالحزن.

● ٧ ـ يجد المصاب راحةً وعزاء إذا تواجد بين أصدقاء وأقارب يرفّهون عنه وينغمس معهم بعلاقات وأحاديث اجتماعية ويساعده (العمل) والانشغال على أن لا يكون تحت ضغوط.

● ٨ ـ تتحسّن حالة المريض ويصبح اعتيادياً وقد تُعاوده الأعـراض من جديد.

علاج الاكتئاب الانفعالي:

● [١] **العلاج الدوائي: سيطرت (الأدوية الحديثة) المضادة للاكتئاب:** Thymoleptics مكان العقاقير المانعة للكآبة: Antidepressants وأشهرها: مجموعة مضادات «مونو أمين أوكسيديز: Maoi التي تبطل مفعول إنزيم المونو أمين أوكسيديز في الدم والدماغ فتخفف أو تزيل الكآبة وتتضمن:

ـ البارنيت:	Parnate	١٠/ ملغم ٣ مرات في اليوم.
ـ النارديل:	Nardil	١٥/ ملغم ٣ مرات في اليوم.
ـ الماربلان:	Marplan	١٠/ ملغم ٣ مرات في اليوم.

ولكي تتم الفائدة يضاف لما سبق (العقاقير المهدّئة والملطّفة) للحساسية والإثارة:

ـ الفاليوم:	Valium	٥ ـ ١٠ ملغم ٣ مرات باليوم.
ـ الليبريوم:	Librium	١٠ ـ ١٥ ٣ مرات باليوم.
ـ السيرباكس:	Serepax	١٠ ـ ١٥ ملغم ٣ مرات باليوم.
ـ الميروباميت:	Meprobamate	٠,٢ ـ ٠,٤ غم ٣ مرات باليوم.
ـ الأوبليفون:	Oblivon	٢٠٠ ـ ٣٠٠ ملغم ٣ مرات باليوم.
ـ الأتيفان:	Ativan	١ ـ ٣ ملغم ٣ مرات باليوم.

وتستخدم مضادات الاكتئاب (الثلاثية الحلقات) للكآبة الانفعالية وأفضل ما فيها (التريبتيزول: Tryptizol) ٢٥ ـ ٥٠ ملغم ٣/ مرات باليوم وتستخدم العقاقير السريعة التالية لجعل النوم هادئاً ولطيفاً وهي:

[الأميتال ـ الموكادون ـ الميدومين: Medomin (١ ـ ٢) حبّة ليلاً.
والدوريدين: Doridene (١ ـ ٢) حبة ليلاً.

وهناك عقاقير يجب الحذر من (تأثيراتهـا الجانبيّة) مثل (النياميد Niamide) لما له من تأثيرات سموميّة وتنبيهيّة مع تجنب الموز والجبن والباقلاء وكذلك مجموعة (منبّهات الجهاز العصبي المركزي: CNS. Stimulants وتشمل مركبات (الأمفيتامين: Amphetamine والريكتيفان: Reactivan والريتالين: Ritalin) ويقود استعمالها المتواصل للاعتماد ثم الإدمان عليها ومواجهة (آثار جانبية سموميّة) منها ومع ذلك فأخطر نتائجها (انتكاس المريض) والعودة إلى (كآبة رجعيّة) ومع ذلك فإن (سوق المخدّرات السرّي) مليء بها وهي شائعة الاستعمال.

• العلاج الاجتماعي للاكتئاب الانفعالي:

أ ـ يرتكز العلاج الاجتماعي للمريض على دراسة البيئة الأسريّة والاجتماعية والمؤثرات الاقتصادية والثقافية والإعلاميّة ومحاولة (تصحيح) هذه المؤثرات من سلبيّة إيجابيّة؛ وتقوم بالدراسة الاجتماعية (الأخصائية الاجتماعية: Social - Worker).

ب ـ تهيئة وسائل التكيُّف الاجتماعي أمام المكتئب وإحاطته بجو من الأصدقاء والرفاق والنشاطات الثقافية والاجتماعية وبرامج من الرحلات والرياضة وملء الفراغ وتنمية المواهب وتطوير المهارات المهنيّة والشخصيّة وربطه بالواقع وتأهيله لحياة فعّالة بعيدة عن العزلة والانطواء والانسحاب الاجتماعي.

- **العلاج النفسي للاكتئاب الانفعالي:**

أ ـ يعتبر العلاج النفسي جوهرياً أكثر من (العقاقير والأدوية) في مشكلة الاكتئاب الانفعالي الذي يرتبط بمصادر (خارجية ـ بيئية ـ غير عضوية) عموماً.

ب ـ يستخدم العلاج الإيحائي ـ والسطحي ـ والجماعي ـ والمهني ـ ويشجّع المريض على رؤية حياته من منظار جديد قائم على الاندماج بالمجتمع والتوعية وتعديل الاتجاه والخطط والسلوكيّات اليوميّة شخصياً وعمليّاً وعائلياً بقصد الوصول للحلول والاستقرار النفسي والتفاؤل.

- **العلاج بالصدمة الكهربائية:**

أ ـ هو علاج عضوي يفيد لحالات (الاكتئاب العضوي ـ الذهاني) وحالات الكآبة الشديدة الملازمة لمحاولات انتحاريّة فعليّة. ولا تفيد في حالات الاكتئاب الانفعالي.

ب ـ العلاج بالصدمة الكهربائية يصاحبه مضاعفات وآثار انتكاسيّة وجانبيّة كارتفاع ضغط الدم للمريض ويكفيه (٦ ـ ٨) صدمات بمعدّل مرّتين في الأسبوع.

[٣ ـ] السيكاثينيا: (استجابة الحصر العصابي ـ القهري):

Psychasthenia: Obsessive - Compulsive Neurosis:

- **التعريف:**

وهي حالة ضعف نفسي تعتبر من أصعب وأشد الحالات العصابية لأنها تتضمن أعراضاً قهريّة: Compulsion وفزعاً Phobia وسمّاها (جانيه) ـ سيكاثينيا ـ Psychasthenia و(الحصر فيها) يكون على شكل تفكير أو

تصوُّر غير معقول كتكرار فكرة الموت أو القتل أو التلفُّظ بكلمات فاضحة أو كافرة مما يُتعب ويؤلم المصاب. أما (القهر) فهو سلوك اندفاعي غير معقول كغسل اليدين عشرات المرات وفتح الرسالة عدة مرات وإغلاق الباب عشرة مرات وهكذا. . . .

ويرتبط بالحصر والقهر بعض (المعتقدات الخرافيّة) من سحر وشعوذة مثل:

[وضع حدوة الحصان على مدخل الدار - استعمال الخرز الأزرق أو الأخضر في الصدر والرأس - قراءة الكف والفنجان للتنبؤ بالمستقبل - تنجيم الوَدَع - الاعتقاد بأيام التشاؤم كالأربعاء والرقم (١٣) - إنسكاب الملح على المائدة - كسر الأطباق في المطبخ - انسفاح الماء المغلي على الأرض - تعليق زوج أحذية بالية - وغيرها كثير. . . .].

سمات عامة للشخصيّة الحصرية:

أ - تؤكد معظم البحوث النفسيّة وجود (شخصية مستعدّة قبل المرضيّة) هي الشخصية - الحصرية Obsessional Personality تهيأت للإصابة منذ أدوار الطفولة وهي (صارمة - جامدة - رتيبة - محافظة على وقتها ومواعيدها - متزمّتة - مثالية - جادّة) ولكنها فاشلة في التصرُّف السديد في المواقف والمفاجآت السريعة.

ب - يؤكد (كيرت شنايدر): Kurt Schneider أن هذه الشخصية حساسة وشكوكة وفاشلة جنسياً وذكاؤها في حدود الوسط أو ما فوقه وأهم ما ينقصها (المرونة).

أسباب (السلوك الحصري - القهري السيكاثيني):

يمكننا تلخيص أسباب هذا السلوك بما يلي:

١ - خبرات الطفولة القائمة على التشدُّد في (أساليب النظافة) للطفل مما

يولد لديه التزمُّت والوسوسة في اليدين أو الملابس أو السلوك ككل. وقد يكون هذا السلوك (الحصري/ القهري) تعبيراً رمزياً لصراعات باطنية في اللاشعور أو وسائل دفاعية تختزل الحنون وتكبت ظهور العُقدة على سطح الشعور والوعي. أو ميول عدائية قاسية وأحقاد مكبوتة وشعور بالذنب والخطيئة.

٢ - السلوك الحصري/ القهري قد يمثّل فشلاً في الزواج أو العلاقات الجنسية وقد يعكس رغبات جنسية مكبوتة لم تجد الإشباع التلقائي السليم. وقد يكون افتقاداً للضمان النفسي بسبب موت أو طلاق أحد الوالدين أو المشاحنات العائلية والتربية القاسية وثقل المسؤوليات على المُصاب.

٣ - يوجد عامل عضوي - بيولوجي - فيزيو نيورولوجي يشير بوجود تغيُّرات واضطرابات في رسم الدماغ الكهربائي لحالات مرضى في الحصر القهري مما يثبت العلاقة بينها وبين رسوخ الحصر لا سيما في حالات الأذى على الرأس والأمراض الدماغية العضوية وحالات الصَرع ومرض الرقص والحميّات الدماغية.

• أعراض السلوك الحصري/ القهري:

• ١ - الأفكار الاجترارية والألفاظ والحركات (التكراريّة) مثل: حركات اليدين - التفكير بمرض وعدواه - ترديد كلمات فاضحة - التوهم باتيان عمل جنسي في الطريق وعلناً - تخيل الدماء تسير على مائدة الطعام..

• ٢ - القيام بأعمال قهرية في غير وقتها ومناسباتها (الانحناء أربع مرات قبل دخول أي محل - القفز ثلاث مرات قبل دخول المرحاض - العد المتكرر - غسل الأيدي نزع الملابس وارتدائها مرات عديدة -

خلع الحذاء أو الجوارب ولبسها من جديد ـ تنظيف الملابس بكثرة لا تطاق ـ غرغرة البلعوم عشرة مرات .

● ٣ ـ اضطراب في (الأنا) بشكل خلل في المدركات الذاتية والأحاسيس كشعور المصاب بتغيير في شكل وحجم جسمه وأعضائه: Derealization and Depersonalization.

● ٤ ـ إن معظم الوساوس لديه (عُصابيّة غير عضوية) عموماً Neurotic and Not Organic. ولكنها سرعان ما تتحوّل إلى (حالات سيكوسوماتية) جذورها نفسية عُصابية ومظهرها الخارجي جسمي وعضوي وهي مجرد وساوس عُصابية مثل:

[عصاب مرضى القلب: Cardiac Neurosis

وسوسة المراق: Hypochondriasis

ولا يتصل (الحصر القهري) مع (الفصام) لأن الأول فيه تماسك في الشخصية وترابط. بينما الفصام فيه انهيار وتشتت وانقسام في الشخصية على ذاتها.

● ٥ ـ توجد علاقة بين (الحصر القهري) والخوف والفزع: Phobia ويحدث هذا النوع عند النساء بين (٢٥ ـ ٣٥) سنة نتيجة صدمات عاطفية تختل به الأنا ويشتد القلق والصداع وهو حصر قهري ومخاوف وصفها (مارتن روث ١٩٥٩) في دراساته عن هذه العلاقة. ويرتبط أيضاً (الحصر القهري) بالكآبة ويقود المصاب أحياناً إلى الانتحار.

التشخيص التفريقي للحصر ـ القهري:

إن واجب الطبيب النفساني التأكد من أن (السلوك الحصري/ القهري) ليس (عرضاً وقتياً مختلطاً) مع غيره من الأمراض والحالات مثل:

أ ـ الاندفاع الكحولي عند المدمنين (الكحال): Dipsomania.

ب ـ جنون الحرائق: Pyromania حيث يلتذ المُصاب بإحراق الأشياء: مثل [نيرون روما].

جـ ـ جنون السرقة: Kleptomania حيث يندفع الفرد لسرقة أشياء تافهة.

د ـ جنون الشبَقْ Nymphomania لممارسة الجنس مع أي شخص بأي مكان.

هـ ـ تشخيص الأسباب والأمراض العضوية وراء الحصر القهري إن وُجدت.

و ـ الاندفاعات السلبية الذاتية نحو الانتحار والعدوان والاغتصاب توجد عند (الحصري ـ القهري العُصابي) وتوجد عند (الذهاني).

ـ علاج الحصر ـ القهري:

● ١ ـ يجب أن يلعب (العلاج النفسي ـ غير الدوائي) الدور الرئيسي في علاج الحصر القهري ويشكل محدّد (الأسلوب السلوكي): Behavioral Therapy على اعتبار أن الحصر (عادة خاطئة) ويستخدم أسلوب إعادة تشكيل العادة (الكشف المشترك ـ الممارسة السلبية ـ الخ...).

● ٢ ـ يهتم العلاج النفسي بتخفيف حدّة التوتر للمصاب وكشف العوامل المكبوتة والرموز ومواجهة (التزمُّت) في شخصيّة المصاب بالحصر القهري.

ويتم التركيز على (العلاج النفسي) المعتمد على الإقناع والإيمان بالحقائق وتصحيح التفكير: Rational Therapy مع الاهتمام بالعلاجات النفسية الأخرى كالربط بالواقع: Reality Therapy. والعلاج المتمركز حول العميل (كارل راجرز): Client - Centred Therapy والعلاج الجماعي: Group Therapy وكلها أثبتت نجاحها وعلى العكس فإن (أسلوب التحليل النفسي) مع الشخصية الحصرية ـ القهرية قد لا يعطي النتائج المتوقعة.

● ٣ - يساعد (الحصري - القهري) استخدام (العلاج البيئي - الاجتماعي) لأن عوامل البيئة تساعد في تعزيز السلوك الحصري/ القهري كما أن تبديلها وتحسينها يخلّص المريض من كثير من أنماط السلوك المضطرب لديه. ويشترط أن تتعاون مع هذا الأسلوب كافة أساليب العلاج الأخرى.

● ٤ - يستخدم (العلاج الدوائي) لمعالجة السلوك الحصري - القهري على أن يكون (بعد العلاج النفسي) وليس قبله لأن الحصري - القهري لا يحتاج لتفكيك شخصيته ثم إعادة بنائها بالعقاقير وهو (خطأ علاجي - شائع) وإنما يحتاج إلى علاج نفسي يهيئه ويزيد من تماسك شخصيته واسترجاع توازنه. ومن أبرز الأدوية المستخدمة:

أ - أدوية التهدئة والتلطيف للحصر القهري لمواجهة التوتر الشديد والكآبة المؤلمة مثل (الفاليوم - الليبريوم - البليفون - السيرباكس - السيناكوان).

ب - التريبتيزول (٢٥ - ٥٠) ملغم ٣ مرات ضد الكآبة الشديدة وحين يصاحب الكآبة مخاوف وفزع يستخدم (البارنيت والناردبل).

جـ - حاولت بعض المستشفيات الأمريكية والبريطانية استخدام العقار الخطير .L.S.D مع الحالات الحصرية - القهرية ورغم أخطاره وآثاره الجانبية فقد أوضح الأطباء أن هدف استخدامه هو (إفراز المزيد من الأفكار الحصرية القهرية عند المصاب بقصد عملية التطهير والتنفيس: Catharsis ويصل الشفاء بين (٣٠ - ٤٥٪) من الحالات (بوليت ١٩٦٩)[1].

---

(١) نقول: [آخر العلاج الكي - وداوني بالتي كانت هي الداء - ومن السموم الناقعات دواء].

[٤ -] استجابة الفزع والرهاب (المخاوف بأنواعها) : Phobia :

● التعريف :

وهي مخاوف نابعة من تصوُّرات وهمية لا أساس لها في عالم الواقع وتعكس الوسوسة والتردُّد ومتعلّمة من البيئة ومرتبطة بالحصر القهري والفزع فيه خوف ورهبة من شخص أو موضوع مثل (الامتحان - الأماكن المرتفعة - الحيوانات - وهي تختلف عن (الخوف المبهم اللاشعوري وعن الخوف الاعتيادي المعقول المحسوس).

أنواع الفزع (الرهاب) :

١ - رهاب المرتفعات	Acrophobia
٢ - رهاب الأماكن الواسعة والمكشوفة	Agrophobia
٣ - رهاب الأماكن الضيّقة والمغلقة	Claustrophobia
٤ - رهاب الماء	Aquaphobia
٥ - رهاب الدّماء	Hematophobia
٦ - رهاب الطيران	Airplane - Phobia
٧ - رهاب النيران	Pyrophobia
٨ - رهاب الأغراب	Xenophobia
٩ - رهاب الميّت	Necrophobia
١٠ - رهاب الازدحام	Ochlophobia
١١ - رهاب الأمراض	Pathophobia
١٢ - رهاب الظلال والليل	Noctiphobia
١٣ - رهاب المدرسة	School Phobia
١٤ - رهاب الامتحان	Exam - Phobia
١٥ - رهاب البوليس	Police - Phobia
١٦ - رهاب الناس والمجتمع	Social - Phobia

١٧ ـ رهاب المرأة	Woman - Phobia
١٨ ـ رهاب الرجل	Man Phobia
١٩ ـ رهاب الحيوانات	Animal - Phobia

أسباب الرهاب:

هناك عدّة أسباب تربوية وسلوكيّة ونفسية منها:

أ ـ الشعور بالإثم ينعكس على شكل (خوف وفزع) في الأفكار والأعمال من الأمراض كالزهري أو الجنس أو البرود والصواعق والعواصف والرياح والرعد والزلازل والحروب المفاجئة.

٢ ـ الفزع قد يكون وسيلة (حماية ووقاية): Protection للمريض من رغبات (غير لائقة وفاضحة) فالمرأة التي تثور في جسدها رغبة الجنس مع رجل (لا شعوريا) تحمي نفسها بالفزع من الوحدة. وقد يكون الخوف (تعبيراً رمزياً) عن الخوف من افتقاد السند والدعم المعنوي.

٣ ـ الفزع قد يكون نتيجة فعل منعكس وعادة مُعزّزة من الطفولة فالطفل الخائف من قطة بيضاء قامت بإيذائه قد يخاف من كل القطط وهكذا...(١).

علاج الرهاب (الفزع):

● **العلاج النفسي السلوكي:**

أ ـ ويمكن إطفاء الفزع الواحد بطريقة الكف المشترك أو الممارسة السلبية أو الإغراق (الطوفان). وخطّة العلاج السلوكي هو التدخل في

---

(١) عند التشخيص التفريقي يجب الانتباه لاختلاط (الفزع) مع حالات القلق الحاد أو الهوس والكآبة أو مرض الحصر القهري أو بداية مرض تصلب الشرايين الدماغية وكآبة الشيخوخة فهذه كلها تختلط فيها المخاوف.

(المنعكس الشرطي الحالي) ونبدل منه بالوسائل الفيزيو ـ عصبيّة أي بإطفاء هذه الصلة.

ب ـ يُجعل المريض في حالة تقبُّل واسترخاء ثم ندفعه تدريجياً إلى الأماكن الواسعة ونوحي له ونشجّعه (الإيحاء والتشجيع) ومع التكرار والمثابرة يتعلم المريض الاطمئنان للمكان المكشوف (مثلاً) دون فزع وهذه هي خلاصة الكف المشترك Reciprocal Inhabition

جـ ـ هناك طريقة التخدير والتدرُّج في غرس عادة جديدة: Desensitization. وهي تقريب (النقطة كموضوع فزع) تدريجياً بدءاً من الأقل إثارة وحتى الأكثر إثارة كما فعلنا في (الأماكن الواسعة) مع التركيز على بناء ثقة الفرد بنفسه.

د ـ أسلوب (الطوفان أو الإغراق) وهو مواجهة المريض بأكثر المواضيع إثارة حتى (ينكسر الوهم بالمواجهة) لا بالتدرج. ولهذه الطريقة أخطار قد تزيد من الفزع ولكن مع بعض المرضى تنجح حسب الخطوات التالية:

١ ـ يتم تحديد (المواضيع المخيفة) للمريض بعد دراسة حادثة الخوف عنده بالتفصيل.

٢ ـ يطلب من المريض (إملاء جدول) يبدأ به **بأقل** المواضيع إثارة لخوفه وتدريجياً للوصول إلى **أكثر** المواضيع إثارة وهلعاً.

٣ ـ يبدأ التدريب على مواجهة (أول درجات السلم في الجدول) عدة مرات إلى أن ينجح في تجاوزها فينتقل إلى التدريب على مواجهة (الدرجة الثانية من المخاوف) حتى يصل للدرجة الأخيرة وفي كل درجة يجب بعد التدرُّب على مواجهتها أن يشعر المريض بالرضاء عما أنجزه.

٤ ـ إذا تبيّن أن المريض عند انتقاله من درجة منخفضة إلى أعلى ما يزال خائفاً، فنعود لتدريبه على الدرجة المنخفضة حتى يتخلّص نهائياً من الخوف ويدفعه الرضاء بالتحرك إلى أعلى.

٥ ـ يمكن اللجوء لأساليب أخرى كتدريب المريض على (التخيُّل) لبناء الثقة والإيحاء بالتشجيع وذلك حسب نوعية الفزع الذي يشكو منه. وهذه الطرق باهظة التكلفة وتحتاج لشهور عديدة ولهذا يستحسن استخدام الصور والأفلام والمؤثرات السمعية والبصرية وعلاجات متنوّعة أخرى.

● **العلاج الدوائي:**

إن دور الأدوية هنا ليس علاجاً أو إزالة للأسباب وإنما هو (تخفيف لحالة الفزع قبل حدوثه) خاصة إذا اضطر المريض لممارسة التجربة التي يخاف منها فعلاً وأبرز المهدّئات المفيدة لحالات الرهاب:

[الفاليوم ـ الليبريوم ـ الميبروبامت ـ السيرباكس ـ السيناكوان ـ الأوبليفون ـ السيدون].

ويؤكد الطبيبان (سارجنت ودالي) أن زيادة نسبة من مجموعات (الناردين ١٥ ملغم ٣/مرات، والبارينت ١٠ ملغم/ ٣ مرات والنياميد ٥٠ ملغم/ ٣ مرات] للعقاقير السابقة يؤكد فعّالية العلاج بشكل أفضل.

● **العلاج النفسي:**

يؤكد الطبيب النفسي (فيرنزي: S. Ferenczi) أن المعالج النفسي لا بد أن يتدخل عن طريق (التوجيه والإيحاء) بصورة فعّالة وإيجابيّة يؤدي إلى نتائج أنجح من العلاج السلبي التقليدي.

[٥ -] الهستريا: Hysteria
(استجابة التحوُّل والانشطار): (الرِّحام)(*)

● التعريف:

يعرِّف الدكتور محمد عثمان نجاتي الهستريا «بأنه مرض نفسي يتميَّز بتحوُّل الصراع النفسي إلى اضطراب بدني أو عقلي دون أن تكون هناك عللاً عضوية يمكن أن تسبِّب هذه الاضطرابات وهذه الاضطرابات هي بمثابة محاولات هروبيَّة للتخلص من القلق والصراع النفسي الصادرة عنهما»(١).

ويعرِّف الدكتور أحمد عزت راجح الهستريا «بأنها تقتصر على الاضطرابات الحركيَّة والحسيَّة التي يجني من ورائها المريض ربحاً وكسباً كالهروب من موقف عسير مادياً كان أو معنوياً، أو استدرار لعطف الناس أو التنصل من تحمُّل تبعة ويرافق هذا المرض أعراض جسمية ونفسية»(٢).

ويعرف الدكتور أحمد عكاشة الهستريا «بأنها مرض نفسي لا شعوري يتميز بظهور علامات وأعراض جسمية بقصد نفع ذاتي أو الهروب من موقف مؤلم ويجب تمييز هذا المرض عن الإدعاء الذي يكون المريض فيه عالماً بالدوافع ولكن المصاب بالهستريا لا يعلم سبباً لمرضه ويُقدم للعلاج كغيره»(٣).

أسباب الهستريا: Causation

١ - الشدائد النفسية وصراعات (الأنا) والضغوط البيئية والاجتماعية

(*) Conversion and Dissociation Reaction.

(١) د. محمد عثمان نجاتي: كتاب علم النفس في حياتنا اليومية (الهستريا).

(٢) د. أحمد عزت راجح: كتاب الأمراض النفسية والعقلية (الهستريا).

(٣) د. أحمد عكاشة: علم النفس الفيزيولوجي (الهستريا).

وانظر: د. عطوف محمود ياسين (علم النفس العيادي) (ص ٢١٨ - ص ٢٣٠).

والثقافية حول الفرد وتظهر الهستريا على شكل شلل في الأطراف أو إغماء أو فقدان نطق أو عمى مفاجىء.

٢ - الخلافات الزوجية والحرمان العاطفي والمشاحنات ويبحث اللاشعور الذي يختزن تجارب الطفولة وعمليات الكبت الحاضر عن حل للمشاكل على شكل هستريا.

٣ - تحدث الهستريا بأي شخصية (غير هسترية) تنخفض مقاومتها وقابليتها الدماغية لا سيما بعد حميات أو صدمات الدماغ. وقد تنتشر بين أفراد العائلة.

الأسباب الترسيبية والمعجّلة بأعراض الهستريا: Precipitating Factors

١ - الخبرات المثيرة للذعر أو قلق الصدمة: Traumatic Anxiety.

٢ - مواجهة مسؤوليات مفاجئة لا قدرة للفرد على أعبائها ومواجهتها.

٣ - المرض الجسمي يثير الحاجة للحب والرعاية.

٤ - خيبة الأمل والفشل في الحب والزواج لأحد الطرفين.

٥ - الخسائر التجارية والمالية والإفلاس.

٦ - الصدمات العاطفية أو العائلية المفاجئة.

٧ - فقدان العمل ومواجهة البطالة والفقر والمعاناة.

٨ - افتقاد عطف الزوج بعد عشرة سعيدة وطيّبة.

٩ - حالة الحريق أو الحرب أو الفيضان أو الكوارث غير المتوقّعة.

١٠ - حدوث الطلاق أو الوفاة والتفكك داخل الأسرة وتعدُّد الزيجات[١].

---

(١) راجع: د. عطوف محمود ياسين [الهستريا] علم النفس العيادي، دار العلم للملايين (ص ٢٦٨ - ص ٢٣٠).

- يفسر العلماء السوفييت (بافلوف - سيشنوف) الهستريا تفسيراً فيزيولوجياً بوجود مناطق ضعيفة في قشرة الدماغ أو اللحاء مما يولد حالة (عدم توازن) بها ولا يتمكن المصاب من السيطرة على هذه المراكز الدماغية تحت اللحائية وتتحول بضغط الشدائد إلى (تشنجات هستيرية - أو غيبوبة أو تقلصات).

تصنيف وأشكال الهستريا: Forms and Classification

يعتبر هذا التصنيف لأشكال الهستريا (تصنيفاً حركيّاً) ويشتمل على:

١ ـ **الشلل الهستري**: كحالة الجندي الذي يصاب بالشلل في بدء المعركة حين تعطى إليه الأوامر، أو شلل يد الفتاة عن الكتابة كحل للصراعات بين الذات العليا ورغبتها في الزواج من فتى تتمنّاه.

٢ ـ **الحركات اللاإرادية الهسترية**: كتقطيب الوجه؛ والضحك بدون سبب وبل الشفاة وتسليك الحلق عن طريق النحنحة وكلها حركات عصابيّة لا إراديّة.

٣ ـ **التقلصات الهستريّة**: وتتناول عضلة معيّنة كالإصبع أو القدم كنتيجة لبرد شديد، أو حرارة أو التهاب شديد وهذه تقلصات عادية أما التقلصات الهستريّة فهي نتاج عوامل نفسيّة كاعتقال عضلة الإصبع عند الكتّاب المحترفين للكتابة.

٤ ـ **الارتعاشات الهسترية**: وتصيب أي جهة في الجسم لا سيما بعد حادثة معينة أو في حالات الضيق والإحباط أو استماع أخبار غير سارّة أو رسالة حزينة أو خلاف أو شجار. ويعوق هذا الارتعاش المُصاب عن أداء أعماله الاعتيادية لا سيما الموظفين والعمال والطلبة وربّات البيوت.

---

* ـ يرى (آيزينك) أن الهستريا هي تظاهرة عُصابية يجتمع فيها بُعدان من أبعاد الشخصية (العصابية والانبساطية).

ـ حالات (الهستريا) عموماً هي (فردية) ونادراً ما تسمع بأن الهستريا تحدث بشكل (جماعي) وقد نجحت السلطات الإسرائيلية بإحداث (هيستريا جماعية شديدة) لطالبات إحدى مدارس البنات في الضفة الغربية باستخدام أحدث الأساليب العلمية البايوكيميائية (راجع بحوث مؤتمر الطب النفسي ـ عمان ـ الأردن ـ مارس/ آذار ١٩٨٧). بإشراف الدكتور عدنان التكريتي والدكتور محمد الفرخ.

٥ - النوبات التشنُّجية: وتستمر هذه النوبات بضعة دقائق أو ساعات وأحياناً أياماً ويصاحبها تشنج كامل الجسم وكذلك صيحات ذعر وتنهُّدات (دون أي دموع) والمصاب في حالة حيرة وذهول: Confusion + Trance ولا يتكلّم ولا يجيب على أي سؤال وإنما يجلس ويحملق بمن حوله، وقد يغمض عينيه[1].

أما (جاك روي سترينج: J. R. Stange) فقد قسم اضطرابات الهستريا إلى ثلاث أنماط:

١ - الهستريا التحولية: Conversion Reaction.

٢ - حالات التفكك الهستري: Dissaciative States.

٣ - النوبات الهسترية التشنجيّة: Convulsive Hysteria.

أما (كاميرون: Cameron - N) فقسمها إلى قسمين:

١ - الهستريا التوقفيّة: التي تتعرض لها أية حاسة بما في ذلك الكلام.

٢ - الهستريا اللاإرادية: التي تتناول أي جزء في الجسم أو السلوك.

السمات الفارقة المتميّزة للهستريا:

- ١ - شدّة الانفعال العصبي للمُصاب والتفكك الشخصي وأعراض جسمية وحركية أو عقلية وحسيّة تعكس خللاً واضحاً.

- ٢ - التلهُّف الشديد إلى العطف من الآخرين وجذب الانتباه نحوه، والإلحاح لإشباع الجوع والحرمان العاطفي للمصاب بمبالغة.

---

(١) راجع (الفروق بين نوبة الصرع ونوبة الهستريا) في الفصل الرابع عشر.
بحث: (ذهان الصرع والصرع) الباب السادس (الفصل ١٤).
- استخدم الفرنسيون أسلوب التنويم والإيحاء لحالات الهستريا أمثال: (برنهايم - ليبول - شاركو) وجاء فرويد وتابع نفس المنهج على أساس (التحليل النفسي)، وهم يؤمنون بمنشأ عضوي وتلف ديناميكي في الهستريا.

● ٣ ـ التهرُّب من المسؤوليّة وكثرة الشكوى والتواكل والتعبير دوماً عن العجز في مواجهة مشكلات الحياة.

● ٤ ـ التمركز الشديد حول الذات: Egocentrism والاهتمام بالمصالح الأنانيّة والشخصيّة دون الاهتمام بمشاعر الآخرين أو شؤونهم.

● ٥ ـ العقل الوَرقي الخفيف أي (القابلية الشديدة للإيحاء) وتصديق ما يُقال للمصاب دون نقد ومناقشة ولا سيما حين تأتي الكلمات من الأب أو الأستاذ أو رب العمل ويمثل مستوى (طفلياً) لعدم النضج.

● ٦ ـ عدم الاستقرار الانفعالي والاهتزاز الدائم مزاجياً ونفسياً بين (ضحك وبكاء وسعادة وتعاسة وصعود وهبوط): UPS and Downs ولا يثق المصاب بمن حوله وعلاقاته مع الآخرين ومع أفراد عائلته دوماً يعتريها الاهتزاز والاضطراب ويتصرّف كالأطفال الصغار.

● ٧ ـ عدم القدرة على المحاكمة السليمة وتقدير الأمور والحكم على المواقف واتخاذ القرار وضعف الشعور بالمسؤولية الجماعية وسيطرة اللامبالاة.

● ٨ ـ المصاب بالهستريا ليس لديه اكتئاب أو حصر لأنه غير مهتم بحالته وغير مبالٍ وتعاونه مع الطبيب النفساني إيجابي والصعوبة هي التمييز بين المصاب الحقيقي: Real Hysteria وبين المدّعي للمرض (إدعاء المرض: Malingering) فالمدّعي يعرف دوافع وأسباب مرضه ويرفض العلاج، بينما (المصاب الحقيقي) لا يَعي أسباب مرضه وهو متعاون في العلاج.

● ٩ ـ الشخصية الهسترية انبساطية منفتحة وليست مُغلَقة لكنها متقلّبة غير ثابتة.

● ١٠ ـ الشخصية الهسترية مزدوجة بين السلبية والإيجابية وتتسّم بالنوبات التحوُّلية وبعدم النضج الوجداني العاطفي الانفعالي فهي لا تخلو

من السذاجة التقليديّة وتهوى الدلال والمديح والميوعة وذات ميول نرجسية في حب الذات وعشقها.

الأعراض السريريّة للهستريا: Specific Symptoms

١ - **الأعراض الحركية**: كفقد الصوت - الاهتزاز - نوبات هياجيّة - غيبوبة - شلل - نوبات تشنجيّة - حركات رقصيّة - ارتعاشات.

٢ - **الأعراض الحسيّة**: كفقد البصر - شدّة الحس أو ضآلته - فقدان الاحساس بالألم - فقدان الحس الجلدي أو بعضه، فقد السمع أو الشم - العمى الهستري - الصمم الهستري.

٣ - **الأعراض العقلية**: كفقدان الذاكرة - حالات الشرود وتشتت الذهن - تعدّد وازدواج الشخصية - التجوال الليلي وشبه العته الهستري - اضطرابات الوعي - اضطرابات الذهن - اضطرابات اليقظة.

٤ - **الأعراض الفيزيقيّة**: الصداع - الغثيان والقيء - فقدان الشهية - الآلام المختلفة في الجسم - الحمل الكاذب الهستري عند المرأة - السعال العصبي - التشنجات المهبلية للمرأة - اضطرابات غذائية - تمتمات وألفاظ أطفال - إصابات معديّة وداخلية مُلاحظة ولكن المصاب بالهستريا (لا يتبوّل على نفسه) - برود جنسي وآلام في الجماع - إباء ورفض الطعام وقلة الشهيّة (آنوريكسيا: Anorexia) عسر الطمث وآلام الحيض عند المرأة - ظهور أعراض ذهانية للمسجونين الذين يعانون ضغطاً بوليسياً شديداً تتحول الهستريا إلى ذهانات تشبه أعراض الفصام وتسمى (ذهان أو عته هستري): (Hysterical Pseudodementia).

التشخيص التفريقي:

إن أعراض الهستريا تدخل (في جميع الأمراض) ورغم كل ما يميزها

عن غيرها من كسب شخصي واستجداء للعطف والتعبيرات الرمزية للمصاب فلا بد من (التفريق) عند التشخيص بينها وبين: [(١)]

١ ـ الأمراض العضوية: كأمراض الغدد الصماء وانخفاض سكر الدم وكل خلل عضوي.

٢ ـ الأمراض الذهانية: وأهمها الفصام حتى لا يختلط الانشطار بينهما.

٣ ـ الأمراض النفسية العصابية: كالقلق والكآبة والحصر القهري والوساوس.

٤ ـ أمراض الجهاز العصبي: وبشكل خاص أمراض الدماغ.

---

(١) أكدت بحوث الطبيب النفسي البريطاني (إليوت سليتر E. Slater) ٦١ ـ ٩٦٥، أن مرضى الهستريا يعانون أمراضاً عضوية دماغية وقلق وفصام وكآبة والعلاقة بين (الوراثة والهستريا) غير ثابتة وليس فيها تسلسلاً منطقياً وأن العلاج الدوائي والجراحي والنفسي لم يحقق النجاح المطلوب وقد وافقه (والش Walshe) بأن من الأفضل (عدم اعتبار الهستريا مرضاً مستقلاً بذاته) فهي اضطراب عُصابي له أعراض جسمية وتؤثر بها ضغوط اجتماعية بيئية ونفسية.

ـ هناك من الأطباء من يجد علاقة راسخة بين أعراض الشخصية الهسترية والسيكوباثية (اللاإجتماعية).

ـ فرويد ومدرسته ترد افتقار المصاب بالهستريا للنضج الانفعالي منذ الطفولة وعلاقة الطفل بوالديه وأمه بشكل خاص وبالجنس الآخر وتضطر الأنا للتكيف على شكل أعراض هسترية، وتُلحق الهستريا دوماً بالمرأة لاضطرابات بالرحم تحدث عند النساء ومع ذلك فهي موجودة لدى الرجال والسن فيها بين الجنسين من (١٥ ـ ٣٥) ونادرة بين الأطفال والكهول.

ـ آيزينك (من جامعة لندن): (الشخصية الهسترية عصابية ـ انبساطية وأسلوب التعلم السلوكي ليس دوماً ناجحاً فما يتعلمه المصاب عن طريق التعلم الشرطي سرعان ما ينطفىء ويزول ذلك المنعكس الشرطي نتيجة لقوى النهي والكف الكافة في الشخصية الهسترية وهي قوى كافة في الجهاز العصبي كما يرى بافلوف وسيشنوف).

ويستطيع (فريق التشخيص المتخصص) إجراء كافة الفحوصات والتحليلات العضوية والنفسية لتحديد (أعراض الهستريا) فيما يميّزها وتستبعد كافة النواحي المتداخلة التي سبق الإشارة إليها، بجانب استبعاد (الهستريا الإدعائية والاستعراضية أو التي تتخذ من الهستريا طبيعة للمبالغة في الأعراض)(١).

العلاج:

● [١ -] العلاج النفسي:

نتعامل مع الهستريا كتظاهرة عصابية نفسية بالأسلوب النفسي الذي استطاع تحقيق نتائج لا بأس بها:

أ - تفهُّم المريض وإحاطته بالكثير من (العطف والاحترام مع التوجيه والحزم) حتى لا تتحول العلاقة بين المصاب والطبيب إلى اعتماد اتكالي كامل حيث أن المصاب بالهستريا يغرق مع الطبيب إلى حدود الحب والتقمُّص ويعتبره رمزاً (للأب أو الأم أو المحبوبة) وعلى الطبيب ضبط الموقف.

ب - إن خبرة المعالج هي الأساس في النجاح لأن لكل حالة ظروفها ولكل حالة من حالات الهستريا (خصوصيّات) تتطلّب (تصرُّفات معيّنة) ويبقى حُسن الإصغاء والتشجيع المتواصل والالتزام الأدبي والتجاوب ثم الإيحاء والتكرار من أهم الأسس. ويفيد أسلوب (التحليل النفسي).

جـ - التدعيم والتعضيد، التوعية والتوجيه (الأبوي) ثم محاولة تفتيت العقد: Isolation of the Cricis والمشاكل العاطفية بالنسبة لظروف المريض (عائلياً أو مدرسياً أو حياتياً).

---

(١) راجع الدكتور حنا خوري: [الطب النفسي] ١٩٨٣/ جامعة دمشق - سورية، ص (٥٤). (مطبوعات جامعة دمشق).

د ـ طالما أن (الهستريا ـ الرحام) هو (عطل اجتماعي نفساني) فإن العلاج الاجتماعي S. T. بربط المريض بالواقع وتيار الحياة والبيئة من جديد يضعه في إطار من النشاطات وإعادته للأسرة أو المهنة والعمل بعد الإيحاء والحث على مواجهة الواقع.

هـ ـ يستخدم (الإيحاء) كجزء في العلاج النفسي على (أشكال ثلاث):

١ ـ الإيحاء أثناء التنويم بمركبات (الباربيتوريت).
٢ ـ الإيحاء بواسطة جهاز التنبيه الدماغي Cerebral Stim Ulation.
٣ ـ الإيحاء أثناء التنويم المغناطيسي: Hypnotism[1].

● [٢ ـ] **العلاج الدوائي مع الإيحاء:**

عندما تكون الأزمات (حادة) لا سيما في حالة (الصدمات والحروب) يترافق الدواء مع الإيحاء. فيستخدم الإيحاء للمريض بجانب تأثير التنويم الخفيف بمركبات الباربيتوريت ومن خلال التنويم يمكن الترويح والترفيه عن الصراعات المكبوتة أو العقد والأزمات الحادة بالتطهير أي بالحديث عنها تحت تأثير المخدر وتدعى هذه الطريقة من العلاج **بالتفريغ أو التنفيس**: Abreaction Technique وتتم العقاقير التالية:

أ ـ تزرق بالوريد مشتقات الباربيتوريت بكميات قليلة متلاحقة إلى أن يصل المريض لحالة تسكين كامل.

ب ـ يستخدم (البنتوثال Pentothal ٢٥٠ ـ ٤٠٠ ملغم).
ويستخدم (الإيفيان: Evipan ٢٥٠ ـ ٤٠٠ ملغم).

---

(١) راجع: الدكتور فخري الدباغ: [أصول الطب النفساني] (ص ١٣٥ ـ ١٣٧) بيروت ـ لبنان ـ دار الطليعة.

ويتحدث المعالج مع المريض أثناء (التخدير الجزئي) ويحثه على التصريح والكلام و(تفريغ صراعاته) وتساعد حالة النوم الجزئي على (تقبُّل الإيحاء).

جـ ـ يستخدم ثاني أوكسيد الكاربون المخلوط بالأوكسجين.

د ـ يستفاد من (الميثيدرين Methedrine) وهذا العقار مع ثاني أوكسيد الكاربون الأوكسجين يساعد على التفريغ لدورة في التحفيز الدماغي.

هـ ـ تستخدم **الأدوية المهدّئة والملطِّفة** لتهدئة القلق والكآبة والوساوس وأعراض الهستريا الحركية مثل:
(الليبريوم ـ الفاليوم ـ الأنسيدون ـ السيريباكس ـ وكذلك الأتاراكس:

Atarax (٥ ـ ١٠) ملغم/ ٣ مرات باليوم.

● **[٣ ـ] العلاج الجراحي:**
لا مكان له مطلقاً في حالات الهستريا.

● **[٤ ـ] الصدمة الكهربائية:**
لا تستخدم في حالات الهستريا إلا بحالات نادرة مثل (الهذيان والإغماء الهستري العته الكاذب ـ الكآبة الشديدة ومحاولات الانتحار ـ إباء الطعام ـ التهيّج الهستري).

● **[٥ ـ] صدمة الامفيتامين:**(١)
وتحدث هذه الصدمة انفجاراً انفعالياً تؤدي لاختفاء الأعراض الحركيّة للهستريا.

---

(١) راجع: الدكتور محمود هاشم الودرني: [مدخل إلى الطب النفسي]: (دار الحوار للنشر) ـ سورية ـ اللاذقية/ (ص ١٦٧ ـ ١٦٨).

٦٦ - [المراق: [الوسواس المرضيّة] Hypochondriasis

● **التعريف:**

المراق أو الوسواس العصابي - المرضي هو حالة غير طبيعيّة من انشغال ذهن الفرد بوساوس في وظائف مرتبطة بجسمه، والوسوسة حالة نفسية معقّدة قلّما تكون خالصة مستقلة بذاتها كمرض لأنها توجد في أمراض عصابية وذهانيّة أخرى. وليس المراق شكوى من مرض بل هو (خوف) من حدوث مرض ولهذا يكثر هؤلاء المرضى من وضع (الأدوية) حول أسرّتهم.

الأسباب:

١ - **الوراثة والتكوين:** تبيّن أن (كثيراً) ما نجد المصاب بالمراق ينشأ في أسرة يتكرر فيها هذا المرض.

٢ - **الشدائد النفسية:** تقود الشدائد إلى تحويل الكآبة والقلق المزمن إلى (وساوس) نحو العلل الجسمية التي تصبح بمثابة واجهة نفسية للتكيّف اللاشعوري فالآلام العضلية والتنفسية والاضطرابات المعويّة كل ذلك بمثابة تكيّفات دفاعيّة تنقل حالة الصراع الباطني إلى شكوى جسمية.

ويزداد المراق (الوسوسة) في فترة الشباب ومنتصف العمر لشعور الفرد بأنه يواجه ظروفاً قاهرة.

التشخيص التفريقي ومصاحبات الوسوسة:

١ - **القلق النفسي** يصاحب الوسوسة ويتحول إلى (النواحي الجسمية) فطلبة مدارس التمريض يتحول تفكيرهم إلى (أوجاع المفاصل - اضطراب المعدة - الأرق - التعرق - الارتجاف - ضغط الدم - الأملاح والصوديوم - التعب السريع). أو عند البنات يتحول (القلق) إلى الخوف من سرطان الثدي أو عدم الإنجاب.

٢ - **الهستريا** يصاحبها الوسوسة والصراع يتحول إلى عَرَضٍ جسمي.

٣ ـ **الكآبة**: يسود المكتئب أفكار سوداويّة وسواسيّة كالتّصوُّر بأنّ أمعاءه مسدودة وغيرها من الأوهام والمهم أن نفرّق بين (الأصل والفرع).

٤ ـ **الحصر القهري**: الشخصية الحصرية القهرية لديها اهتمام بالغ بأعضاءالجسم وشكوك ووساوس: كالخوف من النجاسة والأوساخ وغيرها..

٥ ـ **الخَرَف**: في بداية الخرَف يشكو الإنسان من الوساوس ويليها خلل الذاكرة.

٦ ـ **الفصام**: يتسم الفصام بالهلوسات والهذاءات الغربية كتصور المريض لديدان تنهش في أحشائه أو أكياس من السموم في ظهره.

● **العلاج**:

١ ـ يتركز العلاج على الحالة الأوليّة وراء الوسوسة أي بعلاج المصدر (القلق ـ الحصر ـ الخ...).

٢ ـ توفير الراحة النفسية للمريض ومنع الضغوط البيئية المثيرة للوسوسة وإعطاء بعض المهدئات (كالفاليوم ١٥ ـ ٢٠ ملغم/ باليوم) وبعض مضادات الهمود، واستخدام التحليل النفسي لتحييد التعبير العدواني وإزالة التصلب الأنوي [الذاتي].

٣ ـ الأسلوب السلوكي مع الإغراق الواقعي وأسلوب الاسترخاء أو التنشيط.

[٧ ـ] النورستانيا (الوهن العصبي):

The Asthenic Reaction: - Neurasthenia -

● **التعريف**:

النورستانيا هي تحوُّل عصبي ووهن شامل يتمثّل بشكل انحطاط عام

في طاقة ونشاط الفرد نفسياً وجسمياً ويبدأ من أواسط العمر ويزداد كلما اقترب الفرد من الكهولة وهو يتصاحب مع أعراض أخرى وليس له كيان مستقل: (بيرد Beard).

الأسباب: Causation:

١ ـ **عوامل فيزيولوجية**: وهي التي تعقب الإصابة بأمراض عضوية حادة كالتيفوئيد والحمى الدماغية الفيروسية والانفلونزا ويكون الإعياء (فكرياً عضوياً) ناتجاً عن الأرق وقلة النوم والمعروف أن (الإعياء) عموماً ناتج عن إجهاد عاطفي.

٢ ـ **عوامل عاطفية ـ نفسية**: ترتبط في (بيئة العمل) للإنسان سواءً كان عملاً رتيباً Monotony أو مصحوباً بالقلق والتنافس البغيض.

٣ ـ **عوامل تكوينيّة**: إن المصاب بالنورستانيا له جسم نحيل وعضلات مرتخية ومظهر وتقاطيع طفوليّة وخمول في الحيويّة مع بشرة رقيقة وأطراف باردة.

التشخيص التفريقي:

أ ـ النورستانيا كمرض مستقل نادرة الوجود وقد تختلط مع (الكآبة المزمنة) في التعب والأرق وفقدان الوزن. وكذلك مع (الفصام) ومع (القلق المزمن) الذي يعتبر مرتعاً للوساوس.

ب ـ تختلط النورستانيا مع الهستريا والأمراض العضوية وتصلب الشرايين وزهري الجهاز العصبي وفيها كلها يعاني المصاب وهناً وضعفاً عاماً.

الأعراض المتميّزة للنورستانيا:

● ١ ـ الإعياء والتعب السريع والارتخاء الجسدي وخمول البدن وقلّة الحركة.

● ٢ ـ سرعة التهيُّج والحساسية الشديدة وتجنُّب الناس والجماعات.
● ٣ ـ عدم القدرة على التركيز وفقدان الدافع والإرادة للعمل أو النشاط.
● ٤ ـ تزداد بها أفكار المراق والوسوسة وينفر المصاب من الضوضاء والصخب.

العلاج:
● ١ ـ إن معظم حالات النورستانيا (مزمنة) أي ذات تاريخ طويل وأسباب جذرية قديمة وبذلك يتم معالجة السبب وليس فقط التعامل مع الأعراض.
● ٢ ـ التأهيل المهني ـ العلاج الفردي ـ الثقة بالنفس والتشجيع ـ العمل وإبعاد المصاب عن البطالة ـ العلاج الجماعي ـ إزالة القلق ـ التحليل النفسي والإيحاء.

٨ ـ ٤ اضطراب الأنا (الذات): **Depersonalization**:

● **التعريف والمواجهة**:

وهي حالة اضطراب في إدراك معالم الذات أو العالم الخارجي بحيث تبدو الحقيقة على خلاف ما يراه الناس أو تبدو أعضاء الجسم على خلاف ما كانت عليه سابقاً، ويكون هذا الخلل وقتياً وسريعاً يستغرق لحظات أو دقائق أو ساعات.

التشخيص والعلاج:

● ١ ـ إجراء اختبارات نفسية للمصاب وبشكل خاص:
أ ـ اختبار مانيسوتا المتعدّد الوجوه للشخصية: .M.M.P.I
ب ـ اختبار الشخصيّة (بيرنرويتر):[١]
Bernreuter Personality Inventory.

---

(١) راجع: د. عطوف محمود ياسين: علم النفس العيادي: /١٩٨١/ بيروت ـ لبنان ـ دار العلم للملايين، (ص ٥١١ ـ ص ٦١٣).

● ٢ ـ إجراء كافة الفحوصات الطبية والتحاليل وملاحظة اختلاط (اضطراب الأنا) مع الفصام واكتئاب سن اليأس (الميلانخوليا) ومع الحصر القهري والفزع (الرهاب) ومع الاكتئاب الحاد.

● ٣ ـ العلاج لا بد أن يكون (نابعاً) من (السبب) ولهذا كان التشخيص الدقيق هو نصف العلاج السليم. ومعالجة (اضطراب الأنا) كحالة عُصابية-وواحد من اضطرابات الشخصية يعالج بكل ما نعالج به الحالات العُصابية السابقة.

{٩ ـ } رفض وإباء الطعام ـ الآنوريكسيا: Anorexia Nervosa (القهم العُصابي)

● التعريف:

«هو اضطراب عُصابي نفساني خطير نسائي عموماً؛ وخاصة الفتيات المراهقات والبالغات غير المتزوجات ممن يبلغ عمرهن بين (٢٠ ـ ٣٠) سنة وتتدهور صحة المريضة ويصل ٤٠٪ من الحالات لمرحلة الوفاة كنهاية لتصميم الفتاة على حمية ورجيم شديد وفقدان شديد للوزن. ونادراً ما يُصاب الذكور بالمرض»[١].

التشخيص التفريقي:

أ ـ حين تفقد الأنثى الوزن وينقطع الحيض ويحدث هزال عام يترافق ذلك كله مع (أسباب عضوية) تؤدي لأعراض مشابهة مثل: (أمراض الغدة النخامية التي يسقط بها الشعر تحت الإبطين وبمناطق أخرى للجسم).

ب ـ تترافق أعراض (القهم العصابي ـ رفض الطعام) من هبوط الغدّة

(١) راجع الدكتور فخري الدباغ ـ أصول الطب النفساني: بيروت ـ دار الطليعة ـ (ص ١٤٣).

الكظرية الذي يطلق عليه (مرض إديسون) ومع (الالتهابات العضوية المزمنة) المؤدية لفقدان الشهيّة والهزال الشديد مثل (التدرن الرئوي) وغيره.

جـ - يحتمل أن تصل بين (١٥ - ٤٠٪) من الحالات للموت للتشبث اللاشعوري بالمرض المصاحب لاضطرابات هستريّة، والعلاج يحدث به نكوص ولا يستمر ما لم يبدأ مبكراً وسريعاً فإن الشفاء فيه هو آني.

الأعراض:

● ١ - تبدأ المريضة بنفور من الطعام ثم تنفيذ نظام صارم لنحافة الجسم وتنتهي بانقطاعها عن الطعام.

● ٢ - فقد الوزن تدريجياً إلى مقدار (النصف) مع الاحتفاظ بالحركة الاعتيادية التي لا تلبث أن تصل بالمريضة لفراش المرض.

● ٣ - تنخفض إفرازات الغدّة النخامية لقلة تناول الطعام وتنقطع العادة الشهرية وتظهر علامات كآبة حادة دون وجود آية هلوسات فصاميّة.

● ٤ - قد يولّد (التقيؤ المستمر) بعد الأكل هُزالاً في الجسم لأن استفادته من الغذاء والقيء هو تعبير رمزي عن رفض الطعام.

العلاج:

● ١ ـ استخدام بعض المهدّئات من نوع ومجموعة (الفينوثايازين) مثل: [اللارجاكتيل أو مللبريل ٥٠ - ١٠٠ ملغم وهي تحسّن الشهية وتخفف العناد.

● ٢ - استعملت طريقة (الإنسولين المعدّل Modified Insulin. T.) وهي مزيج بين بعض المهدّئات والإنسولين؛ ويزرق بها وحدات قليلة من الإنسولين المذاب تحت الجلد (١٠ - ٤٠ وحدة) ليحدث

انخفاضاً بسيطاً في سكر الدم للمريضة وشعور بالجوع وإثارة شهيّة للأكل.

● ٣ ـ علاج نفسي بالإيحاء وكسب الثقة والمودة والعطف والارشاد وقد يضطر المعالج (للحزم) و (التهديد الخفي) لإلزام المريضة بتناول الطعام وإعادتها للمستشفى لتأهيلها واسترجاع وزنها بعد محاولة المعالجة النفسية جذرياً للأسباب الأولية للمرض.

● ٤ ـ تستخدم (الصدمة الكهربائية ٦ ـ ٨ جلسات/ ٣ مرات أسبوعياً في الحالات المستعصية الشديدة[١].

---

(١) راجع: د. فيصل الصباغ ود. أنس سبح: الأمراض العصبية/ ١٩٨٢/ مطبوعات جامعة دمشق.

الباب الرابع

الفصل السابع : الأمراض العقلية الذهانية - الوظيفية غير العضوية

[ ] التعريف/ النوعيات

[ ] الفصام (الشيزوفرانيا)

[ ] الأعراض/ الأسباب

الفصل الثامن: الذهانات والاضطرابات الوجدانية

[ ] التعريف/ الأعراض/ العلاج

[ ] الأسباب/ وراثية/ عضوية/ التوقعات المستقبلية

الأمراض العقلية الذهانية - الوظيفية (غير العضوية)

Functional Non - Organic Psychotic Illnesses

خطة الفصل المنهجية :

- التعريف / النوعيات
- الفصام (الشيزوفرانيا) :

[التعريف/ النوعيات/ الأعراض/ الأسباب] :

١ ـ • الأسباب الوراثية.
٢ ـ • الأسباب التمثيلية الغذائية.
٣ ـ • الأسباب الفيزيولوجية العصبية.
٤ ـ • الأسباب الكيميائية الحيوية.
٥ ـ • الأسباب الهرمونيّة الغديّة.
٦ ـ • الأسباب البيئية الأسريّة.
٧ ـ • الأسباب النفسية.
٨ ـ • الأسباب الترسّبية الحاسمة.

- النوعيات الرئيسية للفصام:
  - ١ - الفصام البسيط.
  - ٢ - فصام المراهقة والشباب (الهيبفرينيا).
  - ٣ - الفصام التخشبي.
  - ٤ - الفصام الكاتاتوني.
  - ٥ - الفصام البارانوي - الهذائي.
  - ٦ - الفصام النووي.
  - ٧ - الفصام المحيطي - البيئي.
  - ٨ - الفصام الوجداني.
  - ٩ - الفصام الدُّوري.
  - ١٠ - الفصام الطفولي.
  - ١١ - الفصام شبه العُصابي.
  - ١٢ - الفصام النفسي.
  - ١٣ - الفصام المطعَّم.
- الانتشار والتوقعات.
- **طرق العلاج: (١٥) أسلوباً**
  - البارانويا [الهذاء البارانوي].

  التعريف/ الأعراض/ العلاج
- **ذهانات إضافية شبيهة بالفصام:**
  - ذهان لاتا.
  - ذهان آموك.
  - ذهان الكورو.
  - ذهان كابغراس.
  - ذهان كونارد.
  - ذهان ويتيكو.
  - ذهان الفودو.

الفصل السابع

الأمراض العقلية الذهانية الوظيفية (غير العضوية)

Functional Psychotic Illnesses

• **التعريف:**

وهي أمراض عقلية وظيفية (ذهانية غير عضوية)
Functional Not Organic.

وتتناول اضطرابات في مجرى التفكير والشخصية وتشتتاً في الوجدان وانفصاماً عن الواقع والحياة وهلاوس وأوهام وفقدان البصيرة أو الاستبصار.

الأنواع:

١ ـ الفصام بأنواعه العديدة: (البسيط ـ المراهقة ـ الكتاتوني ـ الاضطهادي)..

٢ ـ الذهان الوجداني: (الهوس الدوري ـ الهوس الاكتئابي ـ الميلانخوليا..).

٣ ـ الاكتئاب الفصامي ـ المختلط.

٤ ـ الذهان المحلّي بأعراض ذهانيّة.

٥ ـ البارانويا (ذهان الاضطهاد) أو الزور.

[١ -] الفصام: (الشيزوفرانيا): Schizophrenia:

● التعريف:

١ - هو مرض عقلي ذهاني وظيفي حاد: Mental Psychotic Functional Severe Disorder يؤدي لانشطار وعدم انتظام في الشخصية وتدهور وتناثر تدريجي في كافة الجوانب الانفعالية والسلوكية والفكرية.

٢ - الفصام هو أكثر (الأمراض العقلية الذهانية الوظيفية) شيوعاً وهو جوهر الطب النفسي ويعتبر الطبيب الألماني (كريبلن) أول من وصفه سريرياً عام/ ١٨٩٦/(١). وأطلق عليه اسم (العته المبكر) وهو يصيب الشباب بين سن (١٥ - ٣٥) سنة. ويسميه (يوجين بلويلر): الفصام العقلي عام ١٩١١ ويطلق عليه الطبيب الفرنسي (بلومر) مرض انقسام الوظائف النفسية، وينتشر في دول الغرب بنسبة ٠,٨٥٪ وفي الطبقات الفقيرة والمتوسطة؛ وما يزال مجهول السبب والأصل على وجه التحديد.

● نوعيات وأشكال الفصام:

١ - الفصام البسيط:	Simpleor Mildschizophrenia
٢ - فصام المراهقة المبكر:	Hebephrenic or Adolscense. Sch.
٣ - الكاتاتوني - الحركي (تصلبي أو هياجي)	Catatonic Sch.
٤ - الفصام الاضطهادي (الخيلائي - هذاء برانوي)	Baranoid. Sch.
٥ - الفصام المزمن:	Schronic. Sch.
٦ - الفصام النووي:	Nuclear. Sch.
٧ - الفصام الطرفي:	Peripheral. Sch.

---

(١) راجع: د. عطوف محمود ياسين: علم النفس العيادي - الإكلينيكي: الفصام، (ص ٢٩٦ - ٣١٥) /١٩٨١/ بيروت - دار العلم للملايين.

٨ - الفصام التفاعلي:	Reactive. Sch.
٩ - الفصام الحاد:	Severe or Acute. Sch.
١٠ - الفصام الكامن:	Residual. Sch.
١١ - الفصام المتخلف:	Latent. Sch.
١٢ - الفصام الوجداني:	Affective Schizophrenia
١٣ - الفصام الطفولي:	Childhood
١٤ - فصام الشيخوخة:	Aging Stage. Sch.
١٥ - الفصام المطعّم (مع تخلُّف عقلي)	Grafted. Sch.
١٦ - الفصام غير المميّز:	Undefined. Sch.

- **الأعراض العامة للفصام:**

- ١ - التفكك والتشتت الكامل في الشخصية والازدواج: Total Personality Disintegration. وانشطار سلوكي في كافة مظاهر السلوك والقدرات الفكرية. فهناك: [اضطراب تفكير - اضطراب وجدان - اضطراب إرادة - اضطراب سلوكي حركي - هلاوس - أوهام].
- ٢ - يتضمن اضطراب التفكير خللاً في (الترابط الفكري/ والمحتوى/ والتعبير/ والمجرى والنسق). فالفصامي تفكيره كاللغز لا تركيز فيه ولا ترابط وغامض غير واضح وسريع أحياناً ومتقطع كحاجز ذهني فيه Thought Block.
- ٣ - يتضمن اضطراب الوجدان خللاً في (الشدة/ والنوعية/ والتناسق/ والترابط) فالفصامي وجهه يفقد التعبير وعواطفه بليدة جامدة باهتة Flat Effect ولديه برود وقصور ذاتي (إنيرشيا Inertia) وشُرود ولا مبالاة. وأحياناً سرعة انفعال وحساسية زائدة بين ضحك وبكاء فهناك تقلب وجداني سريع Lability of Affect وتفكك عاطفي: Incongruity وهناك برود عاطفي وشعور باللامبالاة: Indifference كمن يحرق غرفة ويجلس ليتفرّج عليها.

● ٤ ـ **يتضمن اضطراب الإرادة**: هبوط وخمود في الطاقة وعدم اهتمام بشيء ويفقد إرادته الذاتية ويؤمن بالطاعة العمياء لغيره Automatic Obedience ويردّد صدى الكلمات وصدى الأفعال ويصل الخمود إلى ذهول وإغماء.

● ٥ ـ **يتضمن اضطراب السلوك الحركي**: الهياج والصراخ والتحطيم والعدوان على الآخرين: Schizophrenic Excitement (هياج كاتاتوني) أو على شكل تكرار حركي: Stereotypyأو أشكال مصطنعة من التكلّف Posturing أو حالة تخشبية Catatonic أو تجمد تصلُّبي Cataplexy ورغم هذا التقلب الحركي لا يوجد تعب جسمي معه.

● ٦ ـ **وتتضمن الهلاوس**: الهلاوس السمعية فهو يسمع همهمة وخشخشة لها طابع إطراء ومديح أو شتائم وسباب وهي شائعة في الفصام بينما الهلاوس البصرية كالأشباح والحيوانات نادرة وقليلة. يسمع جرس التلفون كضربة باب ولا وجود للهلاوس الشميّة وتوجد هلاوس ذوقية يشعر بها في طعام حلو أو مر في فمه والهلاوس اللمسية شائعة فيحس بإبر أو تنميل أو حرارة أو ديدان تسير على جلده وتوجد هلاوس حشويّة يشعر بها الفصامي بديدان وثعابين في صدره وأمعائه وتخدير وبرودة وحرارة.

● ٧ ـ **وتتضمن الأوهام**: أوهاماً اضطهادية بأن الفصامي تحاك حوله المؤامرات وهو مطارد من الجواسيس تراقبه بعيون اليكترونية من الجدران والسقوف ويضعون له السم في الطعام وهذه أوهام بارانوية: Paranoid Delusions وهناك (أوهام عَظَمة وغرور) يرى المريض نفسَهُ بأن سُلطان وملك وهناك (أوهام وسوسة ومُراق) بأحد أجهزة الجسم كأن يشعر بأنَّ المعدة مثقوبة أو القلب منتفخ وأفعى تتوالد في صدره. أو أنه مصاب بالسرطان.

وهناك (أوهام جنسية) يتصور بها الشاب أنه أنثى أو العكس. ومن الأوهام الشعور بالتفاهة والعَدَميّة أو بمبدأ اللذة أو الأجواء الفنيّة الرومانسية لهذا كانت الرسوم واللوحات خير ما يعبر فيها (الفصامي) عن شخصيّته وحالته.

- ٨ ـ الازدواجيّة: **Ambivalence** ويظهر بها سلوك الفصامي بين ازدواج وتناقض فهو (شخصان في شخص واحد) وأحياناً (ثلاثة أشخاص في شخص واحد): Three in One فهو يهجم ويتردّد ويهرب وينعزل ويخاف ويضحك ويبكي ويُعانق.

- ٩ ـ **انقطاع الصلة بالواقع: إن الفصامي** لا يرتبط بالواقع وينفصل عنه ويواجه انطفاءً عقلياً وخللاً في المناطق الحسيّة المركزيّة الخاصة بالفعاليات الشعورية كمنطقة الموتور الدماغي ولديه سلوكاً سلبياً تجاه الأحداث والآخرين وضعفاً جسمياً واحتمالاً في نقص بوزن الجسم وزيادة أو نقص في الضغط الدموي أو نسبة السكر والأملاح في الدم.

- ١٠ ـ **فوضى المظهر الخارجي**: إن شخصية الفصامي مشوّشة في كلّ جوانبها حتى في الملابس والمظهر الخارجي والفصامي يخلع ملابسه ويميل للعراء والرقص والغناء العشوائي والقفز والاغتصاب الجنسي والإدمان على العادة السريّة والصراخ والعدوان والهياج، ويترك لحيته شهوراً دون حلاقة أو تنظيف وتظهر رائحته بكل مكان.

- أسباب الفصام: **Causation**

يحدد العلماء والأطباء [ثمانية تفسيرات] لمرض الفصام وهي:

- ١ ـ **الأسباب الوراثية: Genetic + Hereditary**
- ٢ ـ **الأسباب التمثيلية الغذائية: Metabolic Factors**
- ٣ ـ **الأسباب الفيزيولوجية ـ العصبية: Neuro - Physiological**

● ٤ - الأسباب الكيميائية - الحيوية : Bio - Chemical Factors

● ٥ - الأسباب الهرمونية - الغديّة : Endocrine Causes

● ٦ - الأسباب البيئيّة والأسرية: Family + Environmental

● ٧ - الأسباب النفسية: Psychological Causes

● ٨ - الأسباب الترسيبيّة الحاسمة : Precipitating Causes

[١ -] الأسباب الوراثية في الفصام]:

أ - ثبت أن الجينيات متعددة وليست واحدة ولهذا فإن العدوى الوراثية تعتمد على (جينات متعدّدة) فالفصام مرض يدخل فيه الاستعداد الوراثي كعامل موجب ومؤكد.

ب - دلّت دراسات الأطباء والعلماء على وجود الوراثة كسبب في حالات الفصام في (١١٪) منها (كولمان) و(١٠٪) بلويلر و(٧٣٪) آلاتين. وتصل درجة خصوبة نسل مريض الفصام إلى (٧٠٪) عند الزواج: Fertility Rate.

[٢ -] الأسباب التمثيليّة الغذائية في الفصام]:

أ - تشير الدراسات الطبية أن التمثيل الغذائي الخاطىء في الجسم يولد فيه ظهور مواد غريبة تساعد على ظهور أعراض فصامية. فاضطراب كميات النتروجين في الدم يقود لحالة الذهان الدوري (جيسنج) وقد اثبت هذا الطبيب علاقة النتروجين بالفصام التخشبي - الكاتاتوني وأكد أن الفصامي حالم لا يستطيع أن يستيقظ من حلمه.

ب - هناك اضطراب في كمية أملاح النحاس في مصل الدم نتيجة لخلل التمثيل الغذائي (نظرية ليج) وكشفت البحوث الطبية أن الفصامي يكون (معدّل ضغط الدم لديه أقل مما هو عند الأسوياء)ودرجة تشبع الدم بالأوكسجين عند الفصامي هو ٧٥٪ - ٩٠٪ أي (١٠) درجات

مما هو عند الأسوياء لهذا فكر الأطباء باستخدام (الأوكسجين) في العلاج.

[٣-] الأسباب الفيزيولوجية ـ العصبية:

أ ـ تأكد أن الكثير من (الإصابات الدماغية) كالصدمات والأورام والالتهابات تتحوّل إلى (اضطراب ذهاني وأعراض فصاميّة)، حيث افترض الأطباء بأن الدماغ هو مركز للاضطراب العقلي.

ب ـ تبين وجود علاقة بين مرضى الصرع ومرضى الذهان والفصام من حيث الأعراض وتطور المرض وكان تخطيط الدماغ E.E.G الذي قام به الطبيب (هيث) يؤكد الاضطرابات في قرن آمون للدماغ: Hippocampus واضحة بين (٥٠ ـ ٧٠٪) من الحالات. وهذا يؤكد العلاقة بين الفصام والدماغ.

جـ ـ لوحظ رؤية ضمور نسبي في دماغ الفصاميين ووجود (تحلل دهني في الخلايا الدموية).

د ـ يؤكد الطب النفسي السوفييتي المرتكز على (مبدأ بافلوف) بأن الاضطرابات العقلية لا تتعدّى أن تكون اضطرابات في التوازن بين قشرة المخ والمراكز السفلى بين التحفّز والكف[١].

[٤-] الأسباب الكيميائية الحيويّة للفصام: (كريلن)

أ ـ تدرس المختبرات الطبية البحث عن (مادة سامة كيميائية) تفرز في خلايا الدماغ أو الدم مادة أو فعلاً ساماً: Endotoin يكوّن (الاضطراب الفصامي) وأبرز الافتراضات حتى الآن هي:

---

(١) راجع د. عطوف محمود ياسين (التفسير الفيزيولوجي للفصام) (ص ٣٠١ ـ ٣٠٥) كتاب علم النفس العيادي ـ الإكلينيكي ـ ١٩٨١ ـ دار العلم للملايين ـ بيروت.

● ١ ـ نظرية الحوامض والمركبات الأمينّية مثل (الأميدازول Imidazole) للطبيب يونج، أو (الأندول Indoles ـ فابينج وهوفر) أو: (السيروتونين: Serotonin) وكلها تكوّن اضطراباً عقلياً.

● ٢ ـ نظرية الهيستامين **Histamines** (لوفيت دوه سيث).

● ٣ ـ نظرية الأجسام المضادة: **Antibodies**.

● ٤ ـ نظرية الأصباغ الأمينية: **Andrenochromes** (هوفمان).

● ٥ ـ نظرية التراكسين: **Taraxien** وهي بروتين يؤدي لأعراض الفصام

وتؤكدُ البحوث الكيميائية السابقة لعلاقة الخلل الكيميائي بالفصام ومن الأطباء من يرى أن (التراكسين) ليس (سبباً للفصام بل نتيجة له) والسبب هو الخلل الكيميائي في تمثيل البروتينات والأمينات وأكد هذا القول اكتشاف (النقطة الحمراء) في بول المريض الفصامي: The Red Spot بواسطة (فحص الألوان الورقي). وهذا أدى لاتفاق بين (بورودين وهون) لوجود مادة غريبة في البول.

[٥ ـ] الأسباب الهرمونية: الغدّية]:

أ ـ يؤكد أطباء وخبراء هذا الاتجاه بأن الفصام نتاج خلل في الإفرازات الهرمونية للغدد (كماً وكيفاً) وبشكل خاص الغدد الصماء المنتشرة في الجسم.

ب ـ النقص الشديد أو الزيادة في إفرازات هرمون الغدة الدرقية.

جـ ـ إفراز مادة (١٧ ـ 17) كيتوستيرويد عند المريض وعدم تبدل حالتِهِ بين الليل والنهار كل ذلك يؤكد عدم تناسق هرموني وعلاقة (غير مباشرة) بين ذلك وتبين قشرة ولب الغدة الكظرية وإفرازاتها كهرمون الذكورة والأنوثة:
(الآيدروجين والإستروجين) مما ينعكس على الحالات العقلية.

[٦-] الأسباب البيئيّة والأسريّة للفصام:

أ - ثبتت في الدراسات الأنثروبولوجية والسيسيولوجية بأن الفصام يهاجم البيئات الفقيرة والمتأخرة ثقافياً واجتماعياً وحضارياً.

ب - الفصامي عموماً انطوائي ومعزول عن النشاطات والعلاقات الاجتماعيّة ومحروم عاطفياً من الإثارات والحب والعطف حوله ولا يوجد لديه أصدقاء ورفاق وهو عموماً أعزب أو مطلّق غير متزوج أو قادم من عائلة مفككة أو مشتّة.

جـ - تؤكد دراسات (زوت Zut) أن الفصامي (مهزوم الإرادة) لأن الآخرين في الأسرة أو البيئة الاجتماعية سلبوه إرادته وقهروه وطغوا عليه وهو وليد التنشئة العائلية المهملة.

[٧-] الأسباب النفسية للفصام: (١٠) أسباب:

أ - يرى النفسيّون أن أعراض الفصام قد تظهر نتيجة لصدمات نفسية أو ظروف مرتبطة بالطفولة التعيسة وقد اهتم (بلويلر) باستقصاء هذا الجانب في الفصام.

ب - يرى (الفرويديون) أن الفصام نتيجة لصدمات الطفولة وله أدوار نكوص جنسي أوّلية وطاقة (اللبيدو) تتحول لميول عدوانية لأن المجتمع يقمعها.

جـ - يرى (بيلاك Bellak) أن الفصام هو اضطراب لوظائف الأنا التي تصل إلى (١٢) وظيفة منها: (تنظيم آليات الدماغ والتفكير - قابلية اختبار الحقيقة وغيرها. . .).

د - يؤكد التحليليون أن (علاقة الطفل غير السليمة بالأم) هي أرضية صالحة لنمو الطفل الذهاني والفصامي. (آنا فرويد - كانر).

هـ - نظرية باتسون - وجاكسون: الفصام هو ارتباط مزدوج بين موقفين

متعارضين فالفصامي متردّد وحائر وهذا يقود للسلوك الذهاني لعدم وجود رؤية واضحة له.

و - التناقضات الأسريّة (ليدزو- فليك): الفصامي لا يجد في أسرته القدوة السليمة وإنما المشاحنات والسمات الانفصامية عند الأم أو الأب والبرود العاطفي والانفصام الروحي.

ز - فقدان التوازن الداخلي للفرد (سترانسكي): Stransky Intra-Psychic Ataxia.

ح - نظرية يونغ: الفصام لا يختلف كثيراً عن الهستريا والأمراض العصابية الأخرى.

ط - نظرية بيرز: الفصام هو فشل النشاط النفسي تحت ضغط الصراعات اللاشعورية.

ي - نظرية ماسلو: الفصام هو فشل الفرد في (تحقيق ذاته) و(مواجهة احتياجاته).

[٨ -] الأسباب الترسبيّة الحاسمة]:

أ - العوامل الحاسمة الترسُّبية هي الشدائد الجسمية والنفسيّة التي تجعل من الفصام (حقيقة سريريّة) كالأمراض الجسمية من (حميات ونفاس وتسممات وإصابات على الرأس) مما يسبب ذهاناً عضوياً عَرَضياً: Symptomatic Psychosis.

ومن العوامل الجسمية في الفصام العاهات والصرع والتهابات الجهاز العصبي.

ب - العوامل النفسية من صراعات حادة وشدائد نفسية وتولد (الفصام النفسي: Psychogenic Schizophrenia ومن أمثلة الشدائد (حوادث الوفاة للأهل - الصدمات العاطفية - القتل أو الموت - الإفلاس

المالي - الطلاق والفشل في الزواج - السجن لمدة طويلة - الجرائم الجنسية - حوادث السيارات الشديدة والصدمات -.

[النوعيات الرئيسيّة للفصام وسماتها]:

● ١ - الفصام البسيط : Simple. Sch. ويتسم بالتالي :

أ - يبدأ عند الشباب بين (١٥ - ٢٥) سنة من ذوي الذكاء المحدود ويميل إلى أن يكون مُزمناً: Chronic وعلاجه صعب ويتسم بصداع وانعدام التركيز وكسل وخمول وضعف إرادة وشكوى من أمراض جسمية لا أساس لها.

ب - تدهور في الشخصية؛ وتبلد انفعالي وجداني عاطفي ولا مبالاة وشعور باهت: Emotional - Blunting وانسحاب من العلاقات الاجتماعية وعدم اهتمام بالجنس وميل للتشرُّد والتسكُّع وعدم الثبات على عمل واحد.

جـ - الاتكالية والاعتماد على الآخرين بكل شيء وفقدان الدافع والحوافز والإرادة والطموح (ولا وجود للهلاوس) بهذا النوع أو (الهذاءات) إلا في مرحلة متأخرة منه.

د - ينتشر هذا النوع من الفصام بين (المومسات في بيت الدعارة) والنوادي الليلية والبغايا والمتشرّدين والمجرمين ويطبعهن بالتبلُّد الحسّي والدعارة الميكانيكية للكسب فقط.

● ٢ - **فصام المراهقة والشباب (الهيبفرينيا) : Hebphrenia**

أ - ينتشر في مرحلة المراهقة بين (٢٠ - ٣٠) سنة ويزداد عند الذكور أكثر من الإناث وتظهر به أعراض وتفكك في الشخصية وصداع خمول وكآبة وميول انتحارية وتقلبات عاطفية بين ضحك وبكاء.

ب - تظهر فيه أوهام اضطهادية بارانويّة ويتغوّط ويبول المريض في مكانه

وهو (يقاوم العلاجات المختلفة) و(٧٥٪) من حالاته تبقى سيئة دون شفاء.

جـ ـ السلوك أحمق وشاذ يتوهم المصاب وجود أعداء يُطاردونه ويميل المصاب لتكشير وجهه ويعتقد أنه معدته مليئة بالإسمنت وأمعاءه مليئة بالرمل (أوهام).

● ٣ ـ الفصام التخشُّبي: Static. Sch.

أ ـ انسحاب كامل من الواقع وتقلب متعاكس من ذهول عميق الى إثارة: From Stuporous State Into Excited State.

ب ـ يبقى ساعات لا يستطيع الحركة أو التبرز أو التبوُّل ثم يسلك سلوكاً جنسياً مكشوفاً ويقوم بأعمال عدوانية ضد نفسه وضد غيره.

جـ ـ في نوبة الهياج قد يحطم الأثاث والنوافذ والأبواب وفي حالة الهبوط ينسحب وينعزل ويكتئب بكلام متقطّع.

● ٤ ـ الفصام الكاتاتوني: Catatonic. Sch.

أ ـ يتصف هذا النوع بأعراض حركيّة غريبة من سكون إلى هيجان وهذاءات وهلاوس قوية وهو (ذهان ـ كاتاتوني).

ب ـ يعاني المريض آلاماً حادة وأوضاعاً مؤلمة دون أن يطرف له جفن أو يتذمر حتى لو غرس الطبيب إبرة حادة في جسمه فلا يكترث ولا يلتفت.

● ٥ ـ الفصام البارنوي ـ الهذائي: Paranoid. Sch.

أ ـ يطبع هذا النوع هذاءات الاضطهاد والشكوك أو هذاءات العظَمة. ويكون بين سن (٣٥ ـ ٤٠) ويكون المصاب (شديد الملاحظة والانتباه) وتميل البارانويا للإزمان وقد تمتد طيلة العمر.

ب - هناك هلاوس حسية ولمسية وحشوية فالأنثى تشعر بأشعّة كهربائية مسلّطة على أجهزتها التناسلية والذكر يشعر بتآمر أهله مَعَ السلطة لحرمانه الإرث والأملاك وإحضار الطبيب له كمجنون وقد يمتد لِعُمر الـ ٦٠.

● **الفصام النووي: Nuclear:**

أ - هو مزيج بين فصام الشباب والفصام البسيط ويمتاز بالتدهور البطيء والظهور المبكر.

ب - يوجد فيه عامل وراثي ويقاوم كل أنواع العلاج.

● **٧ - الفصام المحيطي - البيئي: Environmental**

أ - ظهوره يكون متأخراً وهو نتاج تأثير البيئة ويستجيب للعلاج.

● **٨ - الفصام الوجداني: Affective. Sch.**

أ - يسوده الخلل الوجداني كالهوس الدوري والكآبة فهو مزيج من الفصام والوجدان فالشخصية متماسكة والعاطفة معبِّرة والاستجابة للعلاج جيّدة.

ب - توجد أعراض هذائية وعدم تناسب بين ضبط التفكير والاستجابة الانفعالية.

● **٩ - الفصام الدّوري: Periodic Psychosis**

أ - وصفه الطبيب (ليونارد ١٩٦١ - Leonardo) فهو محدود المدّة ويمر بشكل حاد بين الكمون والشفاء.

ب - يعاني المريض اضطرابات حركية وتفكيرية وسلوكية وأوهام وهلاوس.

● **١٠ - الفصام الطفولي: Childhood**

أ - وصفه (بندر) ويبدأ بمرحلة البلوغ وأدخلته جمعية الطب النفسي

الأمريكية مع نوعيات الفصام في عام ١٩٥٢ ويعاني المصاب فيه اضطرابات في النوم والأكل والحركة والبول ودوران الدماغ وخلل في الاتزان الحركي.

ب ـ يُلاحظ وجوده عند الموهوبين في الموسيقى والرسم وصاحبه لا يملك ضبطاً في التوجيه بين الزمان والمكان والبيئة والواقع.

● ١١ ـ الفصام شبه العُصابي: **Psedoneurotic. Sch.**

أ ـ وهو فصام ـ عُصابي يلجأ به المريض للعُزلة والانسحاب ويتحول لسلوك هستري شديد.

ب ـ يصاحبه قلق حاد وخوف وشكوك (هوخ Hoch 9491).

● ١٢ ـ الفصام النفساني: **Psychogenic. Sch.**

أ ـ أكد (لانجفيلد Langfeldt ١٩٥٧) وغيره من مدرسة زوريخ السويسرية مثل: بلويلر، بأن العوامل النفسية تتحكَّم في تكوين الفصام وظهوره ولا سيما الشدائد العاطفية.

● ١٣ ـ الفصام المطعَّم: **Grafted. Sch.**

وهو الفصام المطعَّم بأمراض أخرى وأغلبها (التخلف العقلي). وهناك الفصام الارتكاسي التدرجي ـ والفصام المتأخر ـ وغيرها.

---

(١) يعتبر تصنيف (كارل كلايست: K. Kleist) التشريحي للفصام من أحدث التصنيفات باعتباره اضطراباً موضعياً في أحد أجزاء الدماغ. أما (منظمة الصحة الدولية) لعام /١٩٦٨/ فقد قسمت الفصام إلى (بسيط ـ وفصام شباب ـ كاتاتونيا ـ بارانويا ـ حاد ـ كامن ـ متبقي ـ وجداني). أما الأوربيون فالفصام عندهم: (أصولي أساسي ـ وتفاعي حاد: Reactive).

الانتشار والتوقُّعات:

أ - يمكن شفاء (٢٥٪) بالعلاج المنتظم ويبقى (٢٥٪) بحالة سيئة لا علاج لها، وهناك (٢٥٪) تبقى أعراضها و(٢٥٪) تصل لبعض التحسن.

ب - لا بد من تمييز الفصام عن البرانويا والإصابات الدماغية لوجود أعراض مختلطة.

• [علاج الفصام]: ١٥ أسلوباً

إن خطوات العلاج تكون (نابعة من أسباب المرض) وبما أن الأسباب لمرض الفصام عديدة وغير محدَّدة فإن خطوات علاجه ستكون (نسبيّة وتجريبيّة).

خطوات العلاج:

• ١ - **أحدث اكتشاف هو استعمال عقار (الكلور برومازين - اللارجاكتيل)** بفرنسا على يد الطبيب (ديلاي: Delay) وهو ثورة طبية في علاج الفصام.

• ٢ - **إنشاء (وحدات متخصّصة للعلاج النفسي Psychiatric Units) في** معظم مستشفيات ومشافي العالم تؤمن باتجاهين حديثين:

أ - التدخل في الأزمة والعلاج المركز.
ب - سياسة الباب المفتوح كبديل للباب المغلق.

• ٣ - **استخدام العلاج الدوائي والعلاج النفسي والتأهيل المهني والعلاج** الاجتماعي والفردي كطرق متلاحمة بجانب الجراحة والعلاج الوقائي للإحاطة بكافة مسبّبات المرض.

● ٤ - **ضرورة إدخال المصاب المستشفى** (قسراً) وحجره قضائياً حين يشكّل خطراً عدوانياً على نفسه أو على غيره من الناس أو يحاول الانتحار أو يمتنع نهائياً عن الطعام والشراب أو يكون فاضحاً في سلوكه الجنسي أو يعاني من حالة الهيجان الكاتاتوني أو الخمود الفصامي ويقدِّر الحالة لجنة من المتخصّصين.

● ٥ - **استخدام العقاقير المهدئة الرئيسية من مجموعة (الفينوثايازين)**: مثل: [اللارجاكتيل - السبارين - الميلليريل - الستيلازين] بمقادير معيّنة وبإشراف طبي دقيق[١].

● ٦ - في حالة (انخفاض ضغط الدم) أو (التهيُّج الكاتاتوني) تستخدم حُقن عضليّة. **من عقار (الموديتين Moditen)** بمقدار (**٢٥** ملغم) لكل حقنة وهي تحتوي على مادة (الفلوفينازين Fluphenazine) وظهرت حديثاً مركبات عقار (الديبكسول: Depixol) لنفس الغرض.

● ٧ - **استخدام (الثايوثيكسين أو النافين: Navane) ٥ - ١٠** ملغم لكل جرعة وكذلك (اليموزيد: Pimozide أو الأوراب Orap ٦ ملغم باليوم) وتفيد في تعديل أعراض الانسحاب والعزلة والحالات المزمنة.

● ٨ - **استعمال (الكلوربروثيكسين - التاراكتان Taractan)** بمقدار: (١٠ - **٢٠**) ملغم لكل جرعة وهو طارد للكآبة ومهدّىء للقلق.

---

(١) من أهم الأمور في علاج الفصام دوائياً (التوصل التدريجي لأحسن استجابة) ثم الوقوف عند المقادير مع التخفيض التدريجي لشهور أو سنوات حتى الشفاء (**٢٥ ملغم**) **لارجاكتيل** (**٢٥ ملغم**) **ميلليريل** (**٢ ملغم**) **ستيلازين**، وأقل ما يعطي للفصامي (**٥٠ - ١٠٠**) **ملغم** لارجكتيل لكل جرعة وتكرر (**٣ - ٤**) مرات باليوم وتصل بين (**٨٠٠ - ١٢٠٠**) **ملغم** كل (**٢٤**) ساعة.

● ٩ ـ **تستعمل خلاصة الغدة الدرقية أو ما يشابهها صناعياً وهو** (التروكسين: **Eltroxin** في حالة الكاتاتونيا الدورية لقدرته على امتصاص واستهلاك (المواد النتروجينيّة) المتراكمة أثناء النوبة الهياجيّة للفصام (جيسنج).

● ١٠ . **العلاج (بالصدمة الكهربائية): E.C.T.** في حالة النوبات والنكسات ويعطي المريض من (٨ ـ ١٢) جلسة (٢ ـ ٣) في الأسبوع؛ وتعطى الأولوية للعقاقير المهدّئة الحديثة.

● ١١ ـ **العلاج بغيبوبة الأنسولين: Insulin Coma** وتحمل هذه الطريقة (خطر الموت) وكانت السائدة قبل اكتشاف المهدئات الحديثة وتحتاج لفريق طبي متخصص ويوصي الطبيان (ماير ـ كروس) بأنها جيّدة في (بداية ظهور الفصام) ومع الأجسام الهزيلة النحيفة.

● ١٢ ـ **العلاج بالجراحة النفسية: Psycho-Surgery** دخلت الجراحة النفسية ميدان العلاج لفصام الشخصية بعد أن تتأكد من فشل العقاقير المؤدية لنفس الغرض. والعملية ترمي عموماً إلى (قص بعض الألياف الموصّلة بين الفص الجبهوي والتحتي وخاصة المهاد ـ الثالموس) Frontal Lobotomy وظهرت نتائج غير مشجّعة لها و(تخريبات موضعية) وقد اكتفت الجراحة (بقص الألياف الجبهوية الأمامية):

Pre - Frontal Leucotomy

وظهرت (تعديلات جراحية) للتغلب على المضاعفات:

Modified Frontal Surgery

وبرز أسلوب (كيميائي) مع الجراحة لتخفيف الألم والتسكين هو:

The Chemical Leucotomy

● ١٣ ـ **العلاج النفسي: Psycho - Therapy**

أ ـ يعتبر أسلوب (العلاج الجماعي) ناجحاً على أن يأتي بعد العلاج

الدوائي وقد حقق نجاحاً في الكثير من المستشفيات ويعتمد على ربط المريض بالآخرين وبالبيئة والواقع.

ب ـ العلاج الفردي أثبت نجاحه مع التركيز على (ترميم وبناء الأنا) وإيجاد علاقة إيجابية بين (المعالج ـ والمريض Rapport) لضمان التوجيه والارشاد والتشجيع ليكون العطف والحنان والاندفاع سائداً وقد يفيد نوع من (التأهيل المهني).

جـ ـ أثبت أسلوب (التحليل النفسي) عدم جدواه وفشله في حالات الفصام لأن المصاب يفتقد ويفتقر إلى (الاستبصار) لوجود الهذاءات والهلاوس والأوهام فيه وحوله ولديه.

● ١٤ ـ العلاج الاجتماعي ـ البيئي: Socio - Environmental Therapy

ويتضمن:

أ ـ إعادة المصاب للمشاركة والنشاطات الاجتماعية لمواجهة الأعراض الانسحابية والعُزلة والتفكير الغامض في الفصام وأوهامه.

ب ـ إخراج المصاب من المستشفى بأسرع وقت حتى لا يتعوّد عليها ويُدمن على رؤيتها.

جـ ـ إشراك المصاب في النشاطات الرياضية والثقافية (داخل المستشفى) وإنشاء (ورشات مهنية للتأهيل المهني) فيها كأعمال بسيطة للخشب والزراعة والتجارة بحيث يتحول المستشفى [مجتمعاً علاجاً للبيئة المحليّة] وقد ظهر هذا الاتجاه الحديث بكثير من الدول الأجنبية:

Community Therapy + Vocational Rehabilitation

د ـ استقبال (الأسرة) للمريض عند زيارته لها وتشجيعه وتقبلُه على علاّته. ويوجد في بلجيكا وسويسرا وانكلترا عائلات خاصة للعناية (مجاناً) بالمرضى.

هـ ـ جهود (الأخصائية الاجتماعية) للبحث للمريض عن (عمل مناسب)

حتى لا تواجهه (البطالة الصعبة) بآثارها الإحباطيّة النفسية أو تبديل عمله من مكان مُزعج إلى مكانٍ مُريح والاهتمام بتنظيم الأسرة Family Planning.

و ـ فسح المجال أمام المريض لممارسة الرسم والفنون والموسيقى لأن هذه النشاطات هي خير ما يؤدّيه الفصامي كهوايات ومجالات تنفيس لعواطفه ومشاعره المكبوتة وتعطي تحليلاً تشخيصياً لحالة (اختبار الرورشاخ التشخيصي لبقع الحبر).

● ١٥ ـ العلاج الوقائي:

١ ـ الوقاية في الطب النفسي احتياط صعب لعدم معرفة سبب المرض الحقيقي وبشكل خاص في الفصام.

٢ ـ الإكثار من العيادات التي تشرف على تنظيم وتخطيط الأسرة وعدم الزواج (من الأقارب) للحد من الأمراض الوراثية والعقلية.

[البارانويا ـ الهذاء البارانوي]

● التعريف:

هي حالة مرضية عقلية ذهانية واضطراب (وظائفي) - Functional Psychotic Disorder يلازم المصاب ويتصف بالأوهام والهذيانات والمعتقدات الخاطئة عن الاضطهاد أو الشعور بالعظمة أو هذاء الجنس أو هذاء الغيرة والمشاكسة وتعود لأسباب نفسية وبيولوجية، وتدعى (جنون الاضطهاد أو جنون العظمة) ويعيدها (فرويد) لرغبات جنسية مثليّة مكبوتة أو كحيلة دفاعية يبرز بها الفرد شعوره بالنقص بطريقة الشكوك وشدّة الحساسية والغيرة[1].

---

(١) راجع: د. عطوف محمود ياسين (ص ٢١٠ ـ ص ٢١٢) البارانويا ـ كتاب علم النفس العيادي ـ الإكلينيكي / ١٩٨١/ بيروت ـ لبنان، دار العلم للملايين، وراجع (ص ٢٥٣ ـ ص ٢٥٤) اضطرابات الشخصية.

الأعراض:

- ١ ـ يعاني المصاب بالبارانويا وسوسات وهميّة (المراق) المرتبطة بشعور الفرد بالمخاوف والظلم والاضطهاد من المجتمع والحسد من الناس من حوله وهذا ما يدعى (البارانويا الاضطهادية): Persecution وازدياد الشك بكل شيء..

ويزداد عند (الزنوج) و (المحرومين) و (الشباب) والمطلّقات.

- ٢ ـ يشعر المريض بعدم فهم الآخرين له Misunderstanding.
- ٣ ـ يتصف سلوك المريض بسوء التوافق الاجتماعي وعدم الثبات والاستقرار على أية حال وكثرة الشك بالآخرين وبالقيم والمفاهيم وبسرعة الغضب والتفكير بالانتحار والحساسية غير الاعتيادية.
- ٤ ـ ينفجر السلوك على (شكل دفاعي Defensive) وتدور حالات هذه البارانويا حول اعتقاد سياسي أو ديني أو حول التشبُّث الشديد بعدم الزواج أو الزواج أو الانطواء مثلاً.
- ٥ ـ **يتصف الفرد بالمغالاة والغرور وجنون العظمة والغيرة الشديدة (أنا نابليون ـ أنا أمير عظيم) ويصاحب ذلك (هذاءات جنسية) أو شكوك في الخيانات الزوجية وسرعة التقلُّب المزاجي**(*).

- **العلاج:**

ـ يطبّق في (علاج البارانويا) كافة خطوات العلاج لحالات الفصام والذهان (السابقة) باعتبارها مرضاً ذهانياً.

(*) راجع د. عطوف محمود ياسين (ص ٢١٠ ـ ٢١٢) البارانويا ـ كتاب علم النفس العيادي ـ الإكلينيكي/ ١٩٨١/ بيروت ـ لبنان/ دار العلم للملايين. وراجع (ص ٢٥٣ ـ ٢٥٤) اضطرابات الشخصية.

[حالات ذهانية إضافية شبيهة بالفصام]:

● ١ ـ ذهان لاتا: **Latah Psychosis**: وأبرز سماته:

أ ـ ينتشر في الكونغو واليابان والفيليبين والملايو. وهو عموماً مرض نسائي من متوسط العمر إلى الشيخوخة.

ب ـ المصابة محدودة الذكاء ومرضها نتيجة صدمة وخوف من حيوان أو حادثة وهي تكرّر الكلمات وتتكلم بألفاظ قذرة وتُصاب بالتشرُّد والهيام وسخرية الآخرين عليها.

● ٢ ـ ذهان آموك: **Amok Psychosis**

أ ـ ينتشر في الدول الأسيوية كالفيليبين والملايو بين (الذكور) ذوي الشخصية الفصاميّة ويتسم بعزلة المريض ثم عدوانه المفاجىء بالسكّين لقتل الآخرين أو قتل نفسه في النهاية.

ب ـ قد يسقط المصاب صريعاً للقتل عند دفاع الناس عن أنفسهم بقتله ويسمى المرض (آموك الراكض: The Running Amok).

● ذهان الكورو: **Koro Psychosis**

أ ـ هو فزع وهلع وخوف ينتشر بين سكان (بورينو الغربية وماليزيا وأندنوسيا وجنوب الصين وأفريقيا) ويبدأ بشكل خوف حاد للمريض على (عضوه التناسلي) من الاختفاء في أحشائه وجلب الموت له والقبض المتواصل عليه ومساعدته من الزوجة والأصحاب عندما يتعب من ذلك.

ب ـ يوجد عن (الصينيين) آلة خشبية تمسك بالقضيب حتى يطمئن المريض ويزول خوفه بعد أيام أو أسابيع.

● ٤ ـ ذهان كابغراس: **Capgrass**:

وصفه الطبيب (كابغراس) وبه يتصوّر المصاب أن شخصاً آخر هو مثله وتوأماً له يُطارده ومحتال انتحل شخصيّته بالذات وينتشر بين النساء.

● ٥ ـ تناذر كوتارد: **Cotard**

وصفه الطبيب (كوتارد) ويشعر المصاب أن كل شيء حوله يموت ويتضاءل (الدنيا ـ الطبيعة ـ الحيوانات ـ الناس ـ الذات) ويزداد عند النساء في سن اليأس وعندالذكور في مختلف الأعمار.

● ٦ ـ ذهان ويتيكو: **Whittico**

يحدث بين (قبائل الأسكيمو) على شكل سوء هضم وغثيان وكآبة، وخوف من السحر وينقطع المريض عن الطعام والشراب حتى يحضر له (كاهن القرية) ليحل له السحر ويطرده منه وهو وحش أو عملاق (الويتيكو المفترس.

● ٧ ـ ذهان أو موت الفودو: **Voodoo**

وهو (هوَس الموت) والمصاب فيه قد يموت دون وجود مرض عضوي بعد مروره بتجربة إيمان بالسحر والمحرّمات فيعتقد (أنه مسحور) وهذا الخوف يقوده إلى الاستسلام والموت دون مرض واضح.

الذهانات والاضطرابات الوجدانية

Psychotic and Affective Disorders

خطة الفصل المنهجية

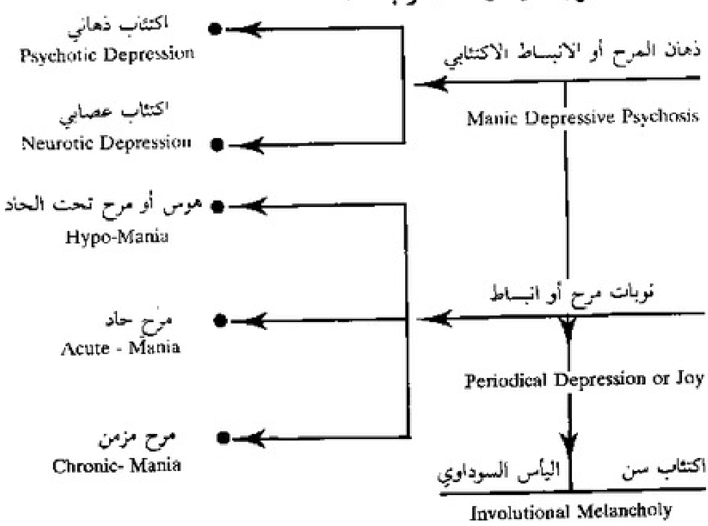
- التعريف/ مقارنة بين سمات الكآبة الذهانية والنفسية/ الأعراض السريرية/ العلاج.
- الأسباب: [وراثية/ عضوية - كيماوية حيوية - أسباب نفسية] - التوقعات المستقبلية.
- الاكتئاب العقلي الذهاني (الداخلي).
  [التعريف/ الأعراض/ العلاج].
- ظاهرة الانتحار الاكتئابي
  [الأسباب والدوافع - دراسات ونتائج.
- الهوس الدوري:
  [التعريف/ النوعيات]:
  (الهوس تحت الحاد - الحاد - الهذائي - المزمن - الخمودي) - علاج الهوس.
- اكتئاب سن اليأس (الميلانخوليا).
  [التعريف/ الأعراض/ العلاج).

الفصل الثامن

الذهانات والاضطرابات الوجدانية

Psychotic and Affective Disorders

الذهانات الوجدانية والاضطرابات:



● التعريف:

وهي (مجموعة الاضطرابات العقلية الذهانية الوظيفيّة) المتّصفة بأعراض متضادة من كآبة أو هوس أو كليهما وتسودها تحوُّلات عاطفية شديدة تؤدي لتدهور كامل في بناء الشخصية ومنها ما هو (كآبة وبؤس، ومنها ما هو مرح ونشوة) ولها (٤) أشكال سريرية:

● ١ - كآبة داخلية - ذهانية: Endogenous- Depression.

● ٢ - هوَس دوري: Mania + Hypo Mania.

● ٣ - كآبة وهوَس دوري: Manic Depressive Psychosis.

● ٤ - كآبة سن اليأس (الميلانخوليا) Involutional Melancholia.

● (مقارنة بين سمات الكآبةالذهانية - والنفسية)

	الكآبة النفسية (عصابية - انفعالية)	الكآبة الذهانية (عقلية داخلية)
● ١ - الانتشار	كثير بين الناس كالعُصاب بأنواعه	- أقل انتشاراً
● ٢ - عامل الوراثة	- ضعيف التأثير وربما لا أثر له	- أقوى مفعولاً وربما أساسي.
● ٣ - الاستعداد	- قبل المرض استعداد عصابي	- مزاج دوري بين المرح والحزن وجسم مكتنز
● ٤ - التاريخ العائلي	- لا أثر له.	- له تأثير موجب وقوي عموماً.
● ٥ - العمر	- يحدث في أي سن	- يزداد بعد سن الثلاثين
● ٦ - الأسباب	واضحة - بيئية - نفسية - خارجية	- غامضة - ذاتية - أو مفقودة.
● ٧ - سوابق	- إصابة سابقة بالمرض غير لازمة	- محتملة ومتكرّرة كسوابق مرضية.

---

(١) يختلف العلماء في (تصنيف الاضطرابات الوجدانية) ويؤكد الطبيب (أوبري لويس) من جامعة لندن أن المنحنى فيها كلها واحد لطيف الشمسي فالقلق والكآبة الانفعالية والنفسية والوجدان الذهاني واحدة. علماء معاصرون في هارفارد وكولومبيا يميّزون بينها:

أ - كآبة داخلية ذهانية - عقلية وراثية جينانيكية.

ب - كآبة نفسية - عصابية - اكتسابية - بيئيّة.

(انظر جدول الفروق في الصفحات التالية).

● الأعراض السريرية)		
● ٨ ـ الصلة بالواقع :	ـ قائمة ومفهومة ومنطقية	ـ منفصلة وبعيدة عن الظروف والواقع .
●٩ ـ شدة المرض:	ـ بسيطة أو متوسطة	ـ شديدة وعنيفة .
●١٠ ـ الدرجة :	ـ سيء جداً في المساء	ـ سيء‌ء جيداً في الصباح
●١١ ـ النوم :	ـ صعب بأول الليل ومضطرب أثناؤه	٢٠ـ سهل في أول الليل وأرق في نهايته .
●١٢ ـ الوزن :	ـ لايتأثر ويبقى الوزن على حاله .	ـ يفقد المريض من وزنه كثيراً
● ١٣ ـ الأوهام	ـ لا وجود للأوهام	ـ موجودة كشعور بالذنب والندم وضعف الثقة
● ١٤ ـ الميول الانتحارية	ـ قليلة ونادرة	ـ كثيرة وقوية
●١٥ ـ التحولات البدنية	ـ قليلة ونادرة	ـ صداع وإمساك وإرهاق وسقوط وتوقف الحيض وغنه
●١٦ ـ الاستبصار	ـ موجود وجيد	ـ ضعيف ولا وجود له .
●١٧ ـ علاقة المريض بالآخرين :	ـ يتحسن المريض بالتواجد مع الناس	ـ تزداد أعراض المريض بوجود الناس ويميل للإنطواء والهروب من الناس .
● (في العلاج)		
● ١٨ ـ	ـ يتحسن بأدوية (مضادة أنزيم الموفو أوكسيديز) أكثر من ثلاثية الحلقات كالتارديل والبارنيت .	ـ يتحسن أكثر بالأدوية ثلاثية الحلقات كالبارنيت والتارديل .
● ١٩ ـ	ـ يفيده العلاج النفسي والاجتماعي	ـ لا يفيده العلاج النفسي والاجتماعي
● ٢٠ ـ	ـ الصدمة الكهربائية (غير مهمة) في العلاج	ـ الصدمة الكهربائية فعالة جداً ومهمة ومفيدة.

[أسباب الذهانات والاضطرابات الوجدانية] The Causation:

[١ ـ] الأسباب الوراثية ـ الجيناتيكية:

أ ـ توجد تأثيرات موجبة فعالة بين الوراثة والاضطرابات الوجدانية فالمرض بين (التوائم المتطابقة) يحدث بين (٥٠ ـ ٧٠٪) من الحالات وبنسبة (١٥ ـ ٢٣٪) بين (التوائم المتآخية) فهناك انتقال للمرض بواسطة جين منفرد متسلّط: [روزانوف ـ كولمان ـ سليتر ـ هارفالد].

ب ـ ثبت وجود علاقة موجبة بين أمراض الوجدان وأمراض القلب وتصلب الشرايين وارتفاع ضغط الدم مما يحدّد فروقاً بين الفصام من جهة واضطرابات الوجدان.

[٢ ـ] الأسباب العضوية المساعدة:

أ ـ توجد علاقة بين التبدلات الجسمية والمزاجية والوجدانية من كآبة وهوس كالالتهابات والحميات مثل الإنفلونزا والتيفوئيد وذات الرئة والتغيرات الهرمونية أثناء الولادة وبداية الطمث وسن اليأس.

ب ـ ارتفاع كمية الأملاح في الجسم والدم كالصوديوم تزيد من الاضطرابات الوجدانية وترفع كمية السوائل فيه وكذلك اضطرابات الغدّة الدرقية والغدّة الكظريّة.

[٣ ـ] الأسباب الكيماوية ـ الحيوية:

أ ـ دلّت البحوث الكيميائية المختبرية وجود علاقة بين زيادة أو انخفاض بعض المركبات والتفاعلات الكيمياوية في الجسم من جهة والاضطرابات الوجدانية من جانب آخر؛ (فالسيروتونين والأندول والكاتيكول أمين هي مواد حساسة في الاضطراب الوجداني. وقد وجد في دماغ المنتحرين والمكتئبين بعد الموت مباشرة أن تلك المواد

ومادة (النورادرينالين) منخفضة جداً في الدماغ. فالكآبة هي انخفاض في الأمين الحياتي (السيروتونين 5 - Hydroxytrytamine) أو الكاتيكول أمين: Catechol - Amines. أو في كليهما معاً في الدماغ الوسطى: Midbrain (برانج Prang).

ب ـ ترتبط (الكآبة أو الهوس) باضطرابات كيميائية ـ حيوية تؤدي إلى انخفاض أو تراكم هرمونات ـ عصبية: Neuro-Hormones في المراكز السفلى للدماغ أو احتباس الصوديوم في خلاياه.

جـ ـ برهنت البحوث الكيميائية الحديثة (طرقاً علاجية جديدة) للكآبة والهوس أكّدت ذاتها على السببيّة الكيميائية لهذه الأمراض:

١ ـ التوفرانيل والتريبتيزول الثلاثي الحلقات هما علاج للكآبة الناتجة عن تراكم مادتي السيروتونين والنورادرينالين.

٢ ـ الهوس الدوري هو ناتج عن كثرة وقوة مفعول الكاتيكول أمين والنورادرينالين وخفضهما كعلاج يتم بمادة (الليثيوم).

٣ ـ السيروتونين قد يصل بنوبة الهوس الحاد إلى الذروة والعلاج المضاد يتم باستخدام مادة (الميثيرجيد): Methysergide.

[٤ ـ] الأسباب النفسيّة:

أ ـ يؤكد علماء الوراثة وجود (استعداد وراثي) للاضطرابات الوجدانية؛ ويركّز علماء الكيمياء الحيوية على (التغيُّرات الكيميائية في الدماغ أو الجسم) على أنها السبب للاضطرابات الوجدانية وهنا ينتفي (السبب النفسي) ولكن (دراسات ـ سايكوباثولوجية) تثبت وجود (أسباب نفسية) أكّدها (إبراهام وفرويد وبيبونج وغيرهم..).

ب ـ الاضطرابات الوجدانية في نظر (إبراهام: Abraham)) هي رغبات غير مُشبعَة للمنطقة الضميّة؛ بينما يرى (فرويد) أن الاكتئاب الانفعالي هو نتيجة (فقدان الحبيب) والبدء بكراهية الذات وعدائها.

ويفسّر (ببرنج) الاضطرابات الوجدانية على فقدان النفس لاحترام ذاتها.

جـ - تشير الدراسات العائلية إلى ربط الاضطرابات الوجدانيّة بالحرمان والتفكك العائلي والافتراق المبكر عن الأم.

التوقُّعات والاتجاه للاضطرابات الوجدانية:

أ - تبيّن أن (٧٥٪) من الاضطرابات الوجدانية تظهر في (الشخصية الدورية ذات البنية المكتنزة).

٢ - النوبة عموماً في الاضطرابات الوجدانية قصيرة ومحدودة الأجل لهذا فأمل الشفاء مشجّع في حالة العلاج المنتظم في (٧٥ - ٨٥٪) من الحالات.

٣ - إن مصير الهوس أقل استجابة للعلاج من الكآبة ويتراوح بين ٢٠ - ٣٠ - ٥٠٪ من الحالات وكلما تقدم السن أصبح الشفاء صعباً أو ميؤوساً منه.

١٦ - الاكتئاب العقلي الذهاني (الداخلي): **Endogenous - Psycho-tic Depression**:

● **التعريف:**

هو اضطراب ذهاني (وراثي الجذور وداخلي المنشأ) يتّسم بالكآبة والبطء النفسي - الحركي ويميل للتكرار الدوري: Cyclic.

الأعراض:

● ١ - يطبع أعراض الاكتئاب الذهاني (الاكتئاب - والبطء الفكري - والبطء الحركي). ويعاني المريض (حزناً شديداً). وتشاؤماً وفقداناً لهدف الحياة ولحرارة العاطفة وحب الآخرين ويفتقد المصاب هواياته القديمة: Aimless - Life.

● ٢ - المصاب يبكي بغزارة وصمت ويعتزل الناس ويعاني الشعور بالإثم وارتكاب الخطايا وأنه أهل للعقاب ويصف نفسه بأنه مصاب بالسل أو السرطان ولديه أوهام ووساوس.

● ٣ - أوهامه الاكتئابية (سوداوية) تحيّر (أطباء الأمراض الباطنيـة) حين يتوهّم أن أمعاءه مسدودة وأنه عالة على غيره ومضطهد ومظلوم من الآخرين الذين يراقبون تحرُكاته بالشكوك لفضح عيوبه وأمراضه.

● ٤ - يتنقل بين (العديد من الاختصاصات الطبيّة) والعمليات الجراحية ويحـاول (الانتحار) للخـلاص من عقدة الخـطيئة والـذنب التي تُطارده: Shame Complex and Guilt Feeling.

● ٥ - المصاب بالاكتئاب الذهاني يرى أفراد أسرته يعانون من مكائـد الدهر والغلاء والفقر والمخاطر والأمراض ويميل إلى حـل هذه الاشكالات (بقتل أطفاله وزوجته) ثم (الانتحار بعدهم). وتسـيء الصحف ووسائل الإعلام عرض (حالة الكآبة الشـديدة) بشكـل علمي فتعرضها على أنها سلوك جنائي وإجرامي بحت.

● ٦ - في الإناث: ينقطع الحيض ويضطرب وفي الذكور تخبو القدرة الجنسية إلى (درجة العنّـة). تكون العنّة نفسيّـة - اكتئابيـة) أو (عضـويـة: Organic) ويختلف أسلوب العـلاج حسب اختـلاف السبب والتشخيص. ويسود عند النسـاء سلوك النفور الجنسي من الرجل.

● ٧ - يفقد المصاب جزءاً من (الوزن والشهيّة للطعام) ويصاب بالصُداع والإمساك وبطء الحركة والكلام و(الصمت المطبق الحزين) وبطء الجهاز العصبي الذاتي ويتصاحب (الاكتئاب النفسي مع العضوي) وكافة أعضاء وأجهزة الجسم (تلاحماً سيكوسوماتياً).

● ٨ - يعاني المصاب في الاكتئاب الذهاني اضطرابات وأرق في النوم لا

سيما في البداية وضعف في الذاكرة وتشتت في التركيز، وشلل وفقدان في الإرادة الذاتية والثقة بالنفس.

● ٩ ـ يتميّز (الاكتئاب الذهاني ـ العقلي) عن (الاكتئاب العصابي الانفعالي) بالسمات التي أوردناها في (الجدول المقارن) بينهما في بداية هذا الفصل، والعلاج السريع ضروري قبل استفحال الأعراض واستحالة العلاج وصعوبته إذا كان متأخراً وغير مبكر وجاد. وقد تكون كثير من الأعراض السابقة غائبة ما عدا واحد بارز منها وواضح.

علاج الاكتئاب الذهاني:

● ١ ـ يطبّق (العلاج الفيزيائي ـ الجسمي) باستخدام (الصدمة الكهربائية) E.S.T. من (٨ ـ ١٢) جلسة (٢ ـ ٣) مرات في الأسبوع وتوجد استجابة جيّدة لهذا العلاج في حالات الكآبة الشديدة والميول الانتحارية.

● ٢ ـ استخدام مضادّات الاكتئاب: Antidepressants كالعقاقير ثلاثية الحلقات: (التريبتيزول ـ الكونكوردين ـ التوفرانيل الآنافرانيل ـ السرمونتيل) وهي من مجموعة: Trycyclic (ثلاثية الحلقات):

● ٣ ـ تستخدم العقارات المضادة لإنزيم الأمينات الأحادية: Maoi مثل (البارنيت ـ النارديل ـ التروكسال) ونتحاشى استخدام (منبهات الجهاز العصبي كالامفيتامين أو البيمولين أو الأنسيفابول).

● ٤ ـ يستخدم (الميراتران Meratran (١ ـ ٢,٥ ملغم ٣ مرات) والتركيز على العقاقير الرباعية الحلقات وهي (أحدث وأقوى مضادات الاكتئاب): (اللوديوميل ـ البولفيدون).

● ٥ - في العلاج النفسي:

أ - كلما تأكدت العوامل الخارجية للكآبة الذهانيّة أصبح (العلاج النفسي) مهماً وضرورياً كما هي الحال في الكآبة الانفعالية.

ب - العلاقة الإيجابيّة بين (المعالج/ والمريض) هي الكفيلة بنجاح العلاج النفسي.

● ٦ - العلاج التأهيلي والاجتماعي:

أ - العلاج العضوي والدوائي للمكتئب الذهاني لا يكفي ولا بد من الاهتمام بالجانب الاجتماعي لحياته ودفع الاستمرار والتشجيع وعدم إرهاقه وتحميله ما لا يطيق.

● ٧ - العلاج الجراحي:

أ - تفيد عملية (القص للفص الجبهوي) جراحياً في الحالات المزمنة والمتكرّرة.

ب - إن ظهور الأدوية الحديثة قلل من استخدام الجراحة النفسية والصدمة الكهربائية.

جـ - تصلح الصدمة الكهربائية للشخصية المتماسكة المعذّبة ذات الميول الانتحارية.

[المحاذير والآثار الخطرة الجانبيّة لعقاقير الكآبة]:

● ١ - لا يجوز الخلط بين (عائلتين كيمياويتين) غير متجانستين مثل ثلاثية الحلقات ومضادات مونوأمين أوكسيديز كما لا يجوز الخلط بين مركب ضد الكآبة من النوعين المذكورين مع (محفزات الجهاز العصبي).

● ٢ - من الخطر تناول أطعمة مطبوخة من الباقلاء والموز والجبن واللوبيا اليابسة مع عقاقير مضادات المونوآمين أوكسيديز لأضرارها واحتمال

زيادة ارتفاع ضغط الدم والصداع الشديد أو النزيف الشّعيري الدماغي أو نزيف أكبر. ولا يجوز تناول المخدّرات والخمر والمسكرات بأنواعها أو (المورفين والبثدين) أيضاً.

- ٣ - يجب الحذر ومنع إعطاء (تخدير جراحي) لشخص يتناول عقاراً ضد الاكتئاب من نوع مضادات (المونوآمين أوكسيدين)؛ ويمكن إعطاء (الصدمة الكهربائية) مع أدوية مضادة للكآبة مع مراقبة حالة المريض وضغط دمه لاحتمال الارتفاع في الضغط أثناءالصدمة.

- ٤ - إن الأدوية المضادة للكآبة (مفعولها بطيء) لهذا يجب الانتظار وتشجيع المريض وإشعاره بتأخر مفعول العقار. والحذر من محاولة المريض الإقدام على الانتحار عندما يتماثل للشفاء لعودة إرادته المسلوبة إليه.

- ٥ - يمكن ضمان مفعول معتدل وطويل ضد الكآبة باستعمال (الّلينيتزول: Lentizol وهو (تريبتيزول) طويل المفعول بمقدار (٥٠ ملغم) ليلاً. ويزوّد المريض بجدول تفصيلي لتفاصيل وكميّات وأسماء مضادات الاكتئاب التي يتناولها لتكون ذات فائدة في الحالات المستعجلة[(١)].

{ظاهرة الانتحار الاكتئابي}: Depressive Suicide Phenomenon

يعتبر (الاكتئاب) سبباً رئيسياً للانتحار، ولم يوجد بحوث كثيرة حول موضوع الانتحار ويعتبر (دوركهايم: E. Durkhaim) في كتابه عن (الانتحار) في مقدمة الباحثين اجتماعياً وإحصائياً وتصل نسبة الانتحار في الدول المتقدمة إلى حدود غريبة لا سيما ذات المستوى الراقي.

---

(١) راجع: د. فخري الدباغ ـ (أصول الطب النفساني): /١٩٨٣/ بيروت ـ لبنان ـ دار الطليعة: ص (١٩٣).

السويد	٢٠	لكل	١٠٠ ألف نسمة
الدانمرك	٣٥	لكل	١٠٠ ألف نسمة
سويسرا	٣٢	لكل	١٠٠ ألف نسمة
أمريكا	١١	لكل	١٠٠ ألف نسمة

وفرّق (ستينجل Stengel) في كتابه عن الانتحار (١٩٥٨ م) بين الانتحار الاعتيادي والانتحار كمحاولات: The Attempted Suicide والذي يصل في البلاد العربية من ٠,٥ - ٣,٥ شخصاً لكل ١٠٠ ألف وعلى الأخص في المدن الكبرى.

الأسباب والدوافع:

- ١ - كراهية شديدة للحياة كما هي في حالات (الفصام والاكتئاب والاندفاعات السيكوباتية أو الهسترية والأمراض الجسمية المؤلمة والخبيثة المزمنة كالشلَلْ والعاهات الصعبة وغيرها.. (٣٠ - ٣٥٪) من الحالات الانتحارية.
- ٢ - اليأس من الواقع وتطلُّع (لا شعوري) إلى حياة أفضل بعد الموت.
- ٣ - التخلُّص من مشكلات لا حل لها كالإفلاس وانهيار السلطة والتخلُّص من الإثم والعار أو الإهانة أو السجن المؤبد أو العقوبة. وعوامل وأسباب (بيئيّة أخرى) كالتربية البيتية أثناء الطفولة، والتجارب المدرسية والفشل والإخفاق والدين والمجتمع والعمل والبطالة والحب والزواج والمشاكل الجنسية والصدمات العاطفية وغيرها (٦٥ - ٧٠٪) من الحالات.

دراسات وملاحظات واستنتاجات حول الانتحار:

- أ ـ يعتبر الانتحار مسؤولاً عن (١٪) من أسباب الموت والذين يحاولون الانتحار هم (٣) أضعاف المنتحرين فعلياً.
- ب ـ محاولات الانتحار دون تنفيذ تزداد بين (الإناث) أكثر من (الرجال) بينما الرجال ينفّذون فعلياً المحاولة.
- جـ ـ تقل نسبة المنتحرين بين المؤمنين والمتديّنين وتصل نسبة المنتحرين (٣) أضعاف نسبة القتلة المجرمين.
- د ـ تقل نسبة المنتحرين بين المتزوجين وذوي الأولاد وأعلى نسبة للمنتحرين هي في الدول الاسكندينافية وبين البروتستانتيين.
- هـ ـ خمس المنتحرين يتركون وسائل أو علامات تشير إلى انتحارهم.
- و ـ ظروف الانتحار عموماً هي (الهجرة ـ الأمراض ـ الترمل والعزلة ـ الغُربة ـ الاضطراب الاجتماعي وتقل في ظروف الحرب).
- ز ـ وسائل الانتحار عديدة منها (الأسلحة النارية ـ الأدوات الحادة ـ الأدوية والحبوب والعقاقير السامة والمخدّرات ـ الحرق ـ الغرق ـ الاختناق ـ ويميل الإناث إلى الأدوية والحرق ويلجأ الذكور للسبل العنيفة.

الهوس الدّوري: **Mania and Hypomania**:

- التعريف:

هو اضطراب ذهاني وجداني دوري يتصف بالنشاط النفسي ـ الحركي، والمرح المفرط مع فقدان الاستبصار ويظهر بصورة حادة وسريعة وله عدّة صُور سريريّة أهمها:

١ ـ الهوس تحت الحاد.

٢ ـ الهوس الحاد.

٣ - الهوس الهذائي.
٤ - الهوس المزمن.
٥ - خمود الهوس: (الهوَس الخمودي).

١ - الهوس تحت الحاد:

ويتّسم بالسمات التالية:

- أ - يشعر المريض بالخفّة والمرح والسعادة والغبطة والزهو (إيوفيريا Euphoria) وتبدو الأسارير على نظرات عينيه فهي عواطف معدية Infective يمكنها من عدوى الآخرين ويحتضن المصاب الغرباء والآخرين ويمشي وكأنه راقص متحفزٌ.

- ب - يعلّق المريض على كل ظاهرة حوله فهو مشتّت ولا يستقر على موضوع واحد Distractibility أو مكان واحد ولا ينام من الليل إلا بضع ساعات ويجابه صعاباً مع الشرطة أو الغرباء مما يزيد هياجه ويصرّح بأفكار اضطهادية وسريعة وعابرة قد تضطره للعنف مع الآخرين.

- جـ - تزداد شراهته في الأكل وفي الجنس وقد يتعرّى مُظهراً أعضاءه التناسلية أمام الآخرين ويكون كريم اليد ينفق المال على أشياء تافهة وهو قليل البصيرة ويغنّي بصوت مرتفع وينتقد الصغار والكبار بدون حَرَج.

٢ - الهوس الحاد: Acute Mania:

- أ - يعتبر هذا النوع أكثر شدّة من (الهوس تحت الحاد) ويستمر المريض في حالة هياج مستمر؛ ولا ينقطع عن الكلام حتى يجف ريقه ويبح صوته.

- ب - يفقد وزنه بسرعة ويتكلم دون خجل ويُطلق تعابير جنسيّة فاضحة وقد يرتكب جرائم جنسية.

● جـ ـ ينتقل إلى حالة ضعف وإنهاك بسبب الأرق والجوع ويتعرّض إلى التهابات رئوية لعدم اهتمامه بتقلُبات الجو والأمطار ويصاب المريض بالأوهام والهلاوس البصرية والسمعية ويفقد السيطرة على نظافته.

٣ ـ الهوس الهذائي: **Delerious Mania**:

● أ ـ يطلق عليه اسم (هَوَس بيل: Bell's Mania) ويصل فيه الإرهاق لقمّته ويصبح المصاب في حالة تشوش فكري وهذيان وحُمّى.

● ب ـ تفكيره يتفكك كالحالة الفصاميّة ونومه شبه معدوم وحركته دائبة وتتدهور صحّته بشكل فظيع كما هي الحال في الهذيان العضوي وقد يتعرض للموت ما لم يتم التدخل والعلاج السريع له.

٤ ـ الهوس المزمن: **Chronic Mania**:

● أ ـ يستمر فيه الهوَس لسنوات طويلة قد تصل لأكثر من (٢٠) سنة ولا يستجيب للعلاج ويكون المريض (مرحاً نشيطاً) ولديه قوة جنسية ومشاريع خيالية.

● ب ـ لا تظهر عنده علائم الخرَف مالم يتقدّم به العُمر.

٥ ـ الهوس الخمودي: **Manic Stupor**:

● أ ـ يتسم بالإغماء المبطّن بالعاطفة السعيدة أو العكس إلى جانب الاكتئاب المصحوب بتزاحم الأفكار وتسرُّعها.

● ب ـ يعاني المصاب حالة بطء في الحركة والتفكير وأحياناً اكتئاباً مصحوباً بسرعة الأفكار والحركة (مثل الميلانخوليا في سن اليأس).

علاج الهوَس:

● ١ ـ ضرورة الادخال القسري للمصاب إلى المستشفى بمساعدة رجال

الشرطة والأمن لعناده وعدم تعاونه وغروره وكبريائه. واستعمال الحقن (كبديل لأقراص الفم) للمهدئات القويّة: Major Tranquilizers. مثل (اللارجاكتيل ٥٠ ـ ١٠٠ ملغم كل (٣ ـ ٥) ساعات، أو ما يقابلها من مجموعة الفينوثايازين مثل: الترايلافون Trilafon بالفم بمعدّل ٢٠٠ ـ ١٠٠٠ ملغم لارجاكتيل يومياً أو ما يعادله من المركبات الأخرى.

● ٢ ـ مركبات البوتيروفينون مثل: السيرينيز Serenace (٥ ملغم) بالعضلة تتكرر كل (٤ ـ ٦) ساعات وهو فعّال جداً ضد الهوس أو ٣ ـ ١٠ ملغم/ ٣ مرات باليوم/ بالفم.

● ٣ ـ استخدام (أملاح وكاربونات الليثيوم: Lithium) (٤٠٠ ـ ٦٠٠ ملغم) ٣/ مرات باليوم. والمهم ملاحظة الأخطار والآثار الجانبية لهذه الكاربونات كالارتجاف وأذى الكليتين والإسهال والغَثيان حيث إن مفعول الليثيوم هو الإقلال من تأثير (النور أدرينالين) على خلايا الدماغ.

● ٤ ـ يشير بعض الأطباء باستخدام (الصدمة الكهربائية) في بداية دخول المريض للمستشفى وإعادتها يومياً أو كل يومين ثم يُباعد بين جلسة وأخرى إلى حدود (٨ ـ ١٢) جلسة.

● ٥ ـ تستخدم (الجراحة النفسية) بقص الفص الجبهوي للمخ عند عدم استجابة المريض للعلاجات السابقة.

● ٦ ـ يركّز (العلاج الاجتماعي والتأهيل) على إعادة المصاب إلى حياته الأوليّة من (عمل ومسؤولية) تجاه أسرته وبيته، ويهتم (العلاج النفسي) له في التشجيع والتدعيم وإعطائه الاطمئنان والثقة لينال منه التعاون والتجاوب في العلاج.

● ٧ ـ ساهمت (العلاجات الحديثة) في حل (مشكلة إطعام المريض)

بعدما كانت تعتمد على الأسلوب القديم في إطعامه بأنبوب المعدة.

- ٨ ـ تتضافر كافة أساليب وطرق العلاج مع بعضها (الدوائي ـ الفيزيائي ـ الكهربائي ـ الجراحة ـ الاجتماعي التأهيلي ـ النفسي).

اكتئاب سن اليأس (الميلانخوليا): Involutional Melancholia:

Agitated Depression

- التعريف:

وهو اكتئاب ذهاني ـ وجداني قريب من الذهان الدوري وهو مرض نسائي في سن اليأس بين (٤٥ ـ ٥٠) سنة وعند الرجال بين (٥٠ ـ ٦٥) سنة يصاحبه تغيُّرات هرمونية وضمور جنسي وانقطاع الطمث وتتعرض فيه الأنثى لشدائد نفسية كالوحدة والعزلة وفراق الأبناء والكبار والبنات لزواجهم وابتعادهم عنها أو للسفر أو للدراسة وتتسم الشخصية قبل المرض (بالتزمُّت والحساسية المفرطة والوسوسة والحصر والتحفُّظ الزائد عن الحدود، مع شعور سوداوي).

الأعراض:

وتساعد الطبيب لتفريقه عن (الفصام ـ والصرع ـ والذهان العضوي).

- ١ ـ الكآبة الحزينة والقنوط وعدم الارتياح وزيادة التوتر والحركة فالمصاب أو المصابة يعيشون حياة لا تستقر على حال وتتسّم بكثرة الكلام؛ وفرك الأصابع وعصر اليدين ومسك الرأس مع الاحساس بأن الرأس يكاد ينفجر ويصاحب ذلك التأوُّه والألم وقلّة الصبر وسرعة الغضب.

- ٢ ـ يشكو المصاب من جفاف الفم والبنعوم والتعرُّق والخفقان وبرهبة

وتوقُّع حادث أو جلَلْ رهيب، ويزداد التعرُّق خاصةً (في اليدين) وتدعى هذه الكآبة (الاهتزازيّة): Agitated Depression.

- ٣ - ينتاب المصاب شعور الأوهام بالعلل الجسمية البدنية أو المراق (الوسوسة) كانتشار الديدان في الأمعاء وانتفاخ الرأس كالطبل وانسداد المعدة تماماً. ويزداد الأرق في كافة فترات الليل والنوم كما هي الحال في أرق القلق والعُصاب وهناك شعور المصاب بالإثم والخطيئة بشكل واضح مع ميل نحو الانتحار أو قطع عضوه التناسلي باعتباره مصدراً لخطاياه.

- ٤ - اختلال (الأنا - الذات) عند المصاب وشعوره بأن الدكاكين والمخازن بدون أصحابها والدنيا مُظلمة والدّكاكين ضيّقة وأن أطراف المريض تطول وتقصر وجسمه يكبر ويصغر، وقد يقطع أصابع يديه.

العلاج:

- ١ - تعتبر (الصدمات الكهربائية) من أنجح وأسرع الوسائل لمكافحة الميلانخوليا كما هي الحال في معظم الأمراض العقلية بمقدار (٨ - ١٢) جلسة بمعدل (٢ - ٣) مرات أسبوعياً.

- ٢ - مركبات الحلقة الثلاثية من (مضادات الكآبة) مثل: (التريبتيزول ٢٥ - ٥٠ ملغم/ ٣ مرات)، (السرمونيتال - التوفرانيل الأنافرانيل) وفي الدرجة الأقل فعّالية مضادات المونوأمين أوكسيديز. وأيضاً (اللينيتزول ٢٥ - ٥٠ ملغم) ليلاً فقط لأنه بطيء الأثر.

- ٣ - الأدوية المهدّئة مثل (الفاليوم - الليبريوم - السيرباكس) لخفض التوتر والاهتزاز والهياج. و (اللارجاكتيل والسبارين) (٢٥ - ٥٠ ملغم/ ٣ مرات) لتقليل الحصر وتقليل النشاط النفسي - حركي.

اضطرابات الشخصية

Personality Disorders

عناصر الفصل المنهجية:

- التعريف/ التوعيات:

١ ـ إصابات في (أنماط الشخصية).

٢ ـ إصابات في (سمات الشخصية).

٣ ـ إصابات في (السلوك الاجتماعي) للفرد.

٤ ـ إصابات في (التكيف والتوافق).

- أبعاد اضطرابات الشخصية:

اضطراب العاطفة والانفعالات/ اضطرابات الإدراك البدني ـ اضطرابات التخيل ـ اضطرابات التفكير اضطرابات الاحساس.

- محكّات الشخصية السوية واللاسوية:

- ١ ـ المحك الطبي ـ النفسي.
- ٢ ـ المحك الإحصائي.

- ٣ ـ المحك المثالي ـ التحليلي .
- ٤ ـ المحك الاجتماعي التوافقي .

- **اضطرابات أنماط الشخصية :**

[عاجزة/ فصامية/ دوريّة/ بارانوية/] .

- **اضطرابات سمة الشخصية :**

[عُصابية ـ غير متزنة انفعالياً ـ سلبية عدوانية ـ قهريّة ـ هسترية ـ وسواسية] .

- **الانحرافات السلوكية الاجتماعية :**

[اضطرابات النوم: الأرق/ التجول/ الكابوس/ النعاس النهاري/ .

[اضطرابات التبول: التبول اللاإرادي الليلي/ التبول النهاري اللاإرادي/ التحقُّنا لبولي/ .

- **السلوك اللااجتماعي (السيكوباتي):**

[الأعراض الرئيسيّة]

- **نماذج الشخصية ودلالاتها:**
  - النموذج الدموي .
  - النموذج البلغمي .
  - النموذج الصفراوي .
  - النموذج السوداوي .
  - النموذج النرجسي .

- **أنماط الشخصية عند [كرتشمر]:**
  - الشخصيّة البدنية .
  - الشخصية النحيلة .
  - الشخصية الرياضيّة .
  - الشخصيّة الرومانسيّة .
  - الشخصيّة المشوّشة/ غير المنظّمة .

الفصل التاسع

اضطرابات الشخصية

Personality Disorders

• التعريف

وهي مجموعة الاضطرابات التي تصيب الشخصية في واحد أو أكثر من التالي:

١ - **إصابات في أنماط الشخصية**: فتتحول الشخصية إلى عاجزة/أو انفصامية أو دوريّة أو بارانوية.

٢ - **اضطرابات في سمات الشخصية**: وتتحول بها الشخصية إلى عُصابية/ أو قهرية أو وسواسيّة أو عدوانية أو غير متزنة انفعالياً.

٣ - **اضطرابات في السلوك الاجتماعي للفرد**: وتقود المصاب إلى الإدمان على الكحول أو المخدّرات أو الانحرافات الجنسية أو السلوك اللااجتماعي.

٤ - **اضطرابات في التكيُّف والتوافق**: وتعوق هذه الاضطرابات مقدرة المصاب على التوافق في المهنة أو العمل أو في الأسرة والبيئة ومنها

اضطرابات التبوُّل والإخراج واضطرابات النوم والغذاء وقد تصل بالفرد إلى الانسحاب والبطالة والجريمة والجناح والمشاكسة والعدوان والانتحار.

أبعاد اضطرابات الشخصية:

تُصاب شخصية الإنسان بجانب أو أكثر من الأبعاد التالية:

[اضطرابات العاطفة والانفعالات - اضطرابات الإدراك البدني - اضطرابات التخيُّل - اضطرابات التفكير - اضطرابات الاحساس].

● محكّات الشخصية السوية والشخصية اللاسوية:

يؤكد (جوردون آلبورت: Gordon Allport) بأن تعاريف الشخصية وصلت إلى (١٨٠) تعريفاً، ويمكننا اختزال هذه التعاريف كلها في استعراض (أربع محكات) رئيسية للتمييز بين الشخصية السوية وغير السويّة:

- ● ١ - **المحك الطبي - النفسي: Psycho - Medical Criterion.**
- ● ٢ - **المحك الإحصائي: Statistical Criterion.**
- ● ٣ - **المحك المثالي التحليلي: Analytic Criterion.**
- ● ٤ - **المحك الاجتماعي: Social Criterion.**

● ١ - المحك الطبي - النفسي:

يؤكد أصحاب هذا المحك من نفسانيين وأطباء بأن الشخصية

---

(١) راجع: د. عطوف محمود ياسين - كتاب علم النفس العيادي - ١٩٨٦ - بيروت - ط ٢ - دار العلم للملايين - اضطرابات الشخصية: ص ٢٤٥ - ص ٢٧٨ راجع أيضاً (الفصل الثالث - الباب الأول).
[قوانين السببيّة الباثولوجية بين الثبات والتغيُّر].

غير السوية هي التي تعاني من صراعات نفسية لا شعورية أو تلف في الجهاز العصبي أو إصابة عضوية. ومن مزايا هذا المحك إمكانية تطبيقه في كل مجتمع وحضارة؛ ورغم أنه يتجاوز عيوب المحكات الأخرى لكنه لا يفي بمفرده بالغرض.

● ٢ ـ المحك الإحصائي:

يرى أصحاب هذا المحك من (السيكوميتريين): بأن الشخصية السوية هي التي لا تنحرف كثيراً أو اطلاقاً عن المتوسط: The Average فمن بلغ طوله (٣) أمتار أو انحرف ذكاؤه عن المتوسط فهو شاذ. مثل: ضعيف العقل أو الفتاة ذات الجمال الصارخ أو الذهاني الفصامي.

● ٣ ـ المحك التحليلي ـ المثالي:

يرفض أصحاب هذا المحك حصر الشخصية برقم وإحصاء ويرون فيها العديد من الديناميات والمؤثّرات. والسوي هو الكامل. ويرفضون فكرة المتوسط والوسط فقوّة البصر المتوسطة لا تعني أن صاحبها هو شخص سوي بل ناقص ولا بد أن يكون بصره كاملاً ليكون سوياً وبما أن الكمال مستحيل فإن الشخصية السويّة لا وجود لها. وهكذا فإن التركيز في هذا المحك هو على (المرض والشذوذ) ودرجات اللاسواء.

● ٤ ـ المحك الاجتماعي التوافقي:

يرى أصحاب هذا المحك من تربويين وعلماء اجتماع وخدمة اجتماعية بأن السوي هو المتكيّف مع معايير وتقاليد البيئة والمجتمع، وأن غير السوي هو الفاشل في تحقيق (الصلاحية الاجتماعية) وليس لديه مقدرة على التكيف والتوافق.

ولعل من الضروري أن نشير بأن (المحك الاجتماعي) كغيره؛ هو محك نسبي. فما هو سوي في نيويورك قد يكون غريباً وغير سوي

في موسكو إذ لكل مجتمع معاييره نحو السلوك السوي وغير السوي. وحين نضع (المجتمع) قدوةً أمام الفرد السوي فهل يعني ذلك أن كلّ ما يسير عليه المجتمع يعتبر سلوكاً سليماً؟ ولو افترضنا أن المجتمع انحرف في طريق الإدمان والمخدّرات فهل يعني ذلك أن هذا السلوك هو سلوك سوي ويصلح منهجاً وقدوةً لبقية الأفراد غير المدمنين؟ وهكذا يبدو لنا أن (كل محك من المحكات الأربع السابقة) إنما يمثل وجهة نظر (جزئية) ويتكامل مع (بقية المحكات) للتمييز بين الشخصيّة السوية وغير السوية. وإن من الخطأ الاكتفاء بمحك واحد.

[٦-١] اضطرابات (أنماط الشخصية) وأنواعها وسماتها: Type Disorders:

ونوجز هذه الاضطرابات مع سماتها (بأربع أنواع):

● ١ ـ الشخصية العاجزة: **Inadequate Personality**

وتتسم هذه الشخصية بالسمات التالية:

أ ـ العجز الدائم عن الوفاء بمطالب الحياة اليومية المتسلسلة المشاكل.

ب ـ لا توجد عاهة جسمية أو ضعفاً عقلياً بل فشل في التكيُّف.

جـ ـ الدافع ضعيف والهدف عاتم والطاقة واهنة ولا توجد مثابرة ولا يوجد تبصُّر.

د ـ معظم أفراد هذه الشخصية عاطلون عن العمل؛ وهم من ذوي الدخل المحدود أو في السجون.

● ٢ ـ الشخصية الفصامية: **Schizoid Personality**

وتتسم هذه الشخصية بالسمات التالية:

أ ـ الابتعاد عن الحياة والواقع وعن مشاركة الآخرين في العلاقات.

ب ـ التفاف حول الذات وجموح في أحلام اليقظة لإشباع خيالات بارانوية.

جـ - الابتعاد عن المنافسة وازدياد الجبن والخوف.

د - اتسام مرحلة الطفولة بالخجل والحساسية المُفرطة والإنطواء والانسحاب الكامل وبدء أعراض المرض في مرحلة البلوغ. وتتحوّل الحالة الفصامية إلى ذُهانية صعبة العلاج وعديمة العاطفة.

● ٣ - الشخصيَة الدُّورية: **Cyclothymic Personality**

أ - تمثل اضطراباً نمطياً في الشخصية مع انبساط ومودّة مع الآخرين فيها نشاط وكرم وسلوك اعتيادي ثم تنقلب وتتغير إلى أوضاع وسمات معاكسة.

ب - يزداد الهياج والغضب بمجرّد وجود عقبات تُعرقل رغباتهم.

جـ - سرعة التقلّب من مرح وسعادة إلى حزن وكآبة نتيجة إلى عوامل داخلية نفسيّة (غير خارجيّة).

د - لا يصاحب التقلُّبات الشعورية أية جوانب ذُهانيّة وعندما تزداد تتحوّل إلى هوَس واكتئاب متقلّب.

● ٤ - الشخصيَة البارانويّة: **Paranoid Personality**

أ - الحساسية الشديدة نحو الآخرين وإسقاط الغيرة والشك والحسد عليهم.

ب - صعوبة شديدة في التعامل مع الآخرين وتسود عند السياسيين الذين يواجهون الإحباط بالقوة والعدوان.

جـ - تشعر هذه الشخصية بالاضطهاد وهذاءاته أو تشعر بالعظمة والعلو والغرور والكبرياء.

[٢ -] اضطرابات سمة الشخصية: Form Disorders

ويرتبط باضطراب السمات (النوعيات التالية):

● ١ - الشخصية العُصابيّة: **Neurotic Personality**

وتتّسم بالسمات التالية:

أ - سرعة الغضب والتوتر وسرعة التقلُّب المزاجي وعدم الشعور بالأمن النفسي.
ب - تعيش في الواقع ولكنها مقيّدة بضغط شديد كسجن داخلي.
جـ - الخلل قائم في (جزء واحد) من الشخصية وليس في كامل الشخصيّة.
د - يوجد بطء في التفكير والفهم وسلوك جامد مُتكرّر وسرعة ملل وضيق وضعف في التركيز وتشتت ذهني وضعف في الإرادة الذاتيّة.
هـ - يقبل صاحب هذه الشخصية العلاج ويتعاون بعكس صاحب الشخصية الذهانيّة وإمكانيات الشفاء قائمة.

● ٢ - الشخصيّة غير المتّزنة انفعالياً: **Instable Emotionally**

وتتسم بالسمات التالية:

أ - تتصف بحالات انفعاليّة شديدة بمجرد وقوعهم تحت ضغوط خفيفة.
ب - يحبون المشاكسة والجدل ويطير صوابهم بنوبات هستريّة في حالات الحوادث والكوارث ويصابون بهياج انفعالي.
جـ - علاقاتهم بالآخرين تتصف بالتقلّب والهوائيّة وعند الهياج تتعطّل إراداتهم وأحكامهم ويطلق عليهم (السيكوباتيين) غير المتّزين انفعالياً.

● ٣ - الشخصضية السلبيّة العدوانيّة: **Passive - Aggressive**

أ - يرتبط بها (السلبي - الاتكالي، السلبي - العدواني، والعدواني) وقد نجد هذه النوعيات الثلاث عند شخص واحد.
ب - يشبه سلوك هذه الفئة (سلوك الأطفال) ويبرز لديهم العجز وعدم القدرة على حسم الأمور وتضايقهم المسؤوليّة كما يصابون بالذُّعر والقلق وهم بحاجة للسند العاطفي في كل المواقف.
جـ - علاقاتهم الإنسانية (ذات طرفٍ واحد) لا إشباع فيها ومنهم عدواني ولديهم عناد وكراهية وتذمُّر وضغينة وأحقاد وشائعات ويعوزهم النضج الشخصي والضبط الإرادي.

● ٤ ـ الشخصيّة القهريّة: **Compulsive Personality**

أ ـ يتصف أفراد هذه الشخصية بالدقّة والتنظيم إلى حد مفرط وضمير قاسٍ.

ب ـ التمسُّك الشديد بالمعايير الخلقيّة والاجتماعية عبر علاقاتهم مع الآخرين ويرفضون عليهم معاييرهم؛ وهم يتشابهون في سلوكهم مع القصاميين القهريين.

● ٥ ـ الشخصية الهسترية: **Hysterical Personality**

أ ـ يتصف أفراد هذه الفئة بالنوبات الهسترية وعدم الاستقرار الانفعالي.

ب ـ التوتر والتقلُّب المزاجي والعجز عن مواجهة مشاكل الحياة.

جـ ـ طلب العطف والانتباه من الناس والتلهُّف بذلك؛ والاتكال والاعتماد على الآخرين وشعور اللامبالاة.

● ٦ ـ الشخصية الوسواسية: **Obsessive Personality**

أ ـ يتّسم أصحاب هذه الفئة بتسلُّط الأفكار الوسواسيّة الغريبة على عقولهم كوجود أشخاص يضعون لهم (السُّم) في الطعام.

ب ـ تمثّل هذه الوساوس نوعاً من العُصاب القهري التي لا خيار للإنسان بها ولا يعرف المريض لها سبباً.

[٣ ـ] الانحرافات السلوكية ـ الاجتماعية: **Behavioral and Social Disorders**

وتشتمل على:

[سوء التوافق المهني والعمل، وسوء التوافق العائلي والاجتماعي، واضطرابات الغذاء والتغذية، واضطرابات التبوُّل والإخراج، واضطرابات النوم، واضطرابات السلوك الفردي كالانتحار والجريمة والجناح والسلوك السيكوباتي].

وسنتناول منها أكثرها (أهمية) وأبرزها:

● ١ ـ اضطرابات النوم: **Sleeping Disorders**

تشكّل اضطرابات النوم جانباً حيوياً للاضطرابات الشخصية السلوكية لأنها المؤشرات الأولى على وجود توتر انفعالي متزايد وخاصةً عند (الأطفال) وتظهر على عدّة أشكال منها:

(الأرق ـ التجول الليلي ـ الكابوس والفزع الليلي ـ النعاس النهاري وغيرها).

● أ ـ الأرق: **Insomnia** (إنسومنيا):

ـ وهو أكثر الحالات شيوعاً؛ وقد يكون نتيجة لاضطراب انفعالي.

ـ تثير العقاقير والأدوية (الأرق) لأنها تؤدي لعكس مفعولها.

ـ تؤثر المخاوف والقلق وتوقعات المستقبل والشعور بالذنب في الأرق.

ـ كشفت دراسات (كولمان) أن الأرق هو عقاب للذات وشعور في الذنب وخوف من العقاب وناتج عن الاكتئاب.

● د ـ التجوُّل أثناء النوم: **Somnabulism**

ـ يعتبر معظم الأطباء وعلماء النفس بأن التجول أثناء النوم هو (عَرَض عصابي Neuratic Symptom) ويظهر في مرحلة البلوغ ثم يختفي.

ـ هناك من الأفراد من يمشي بجانب سرير النوم ومنهم من يسير خارج غرفة النوم وكأنهم يُخرجون جزءاً من (أحلامهم) إلى حيِّز الواقع أو يعبرون بشكل (رمزي: Symbolic) عن بعض الصراعات ويتخذون من (المشي) حلاً لها.

● جـ ـ الكابوس/ والفزع الليلي: **Nightmares and Night Terrors**

ـ (الكابوس) هو اضطراب شائع عموماً عند (الأطفال) وهو حلم مُفزع: (Frightening Dream) يوقظ الطفل بحالة مُرعبة وعند التهدئة من الوالدين يمكنه العودة للنوم.

ـ (الفزع الليلي) هو حالة الذعر التي تظهر أثناء النوم مصحوبة بالصراخ

وطلب النجدة والهلوسة والبكاء وتصبُّب العرَق واستيقاظ المريض جزئياً وعدم قدرته على التعرُّف على ما حوله وتدوم النوبة من (١٥ - ٣٠) دقيقة وبعدها ينسى المريض الموقف كُله.

- يربط العلماء بين (الفزع الليلي) وحوادث النهار للمريض وحالات انخفاض السكر في الدم: Hypoglysemia ويعالجونها بجرعات زائدة من (الكاربوهايدرات) قبل النوم مباشرة أو في وجبات العشاء ومع ذلك لا بد من (العلاج النفسي المطوّل).

● ٥.٨ النعاس النهاري: (الناركوليبسي): **Narcolepsy**

- - ويؤدي للنوم ساعات أو دقائق أثناء النهار ولا علاقة له بنقص ساعات النوم الليلي.
- يُحتمل أن يكون السبب عضوياً واضطرابات في الدماغ.
- يؤكد علماء النفس المعاصرون بأن وسيلة هروبيّة لمشكلات بغيضة في الحياة ويزداد عند الأطفال المحرومين من الإثارات العاطفية أو عند ذوي الذكاء المحدود ولا بد فيه من العلاج النفسي العميق والمكثّف.

اضطرابات التبوّل: Urine Disorders

يحدّد العلماء (خمس أسباب) لهذه الاضطرابات وهي:

١ - اضطرابات التبول هي تعبير خاص عن قلق عام.

٢ - اضطرابات التبول هي تعبير لكراهية تجاه الوالدين أو أحدهما أو تنفيس للعدوان.

٣ - هي إراحة لإشباع جنسي يرتبط عادةً بتخيُّلات جنسية مكبوتة.

٤ - هي استمرار لأنماط سلوكية تستهدف جذب العطف والانتباه بشكل غير ناضج.

٥ - هي تدريب تربوي خاطىء وغير ملائم منذ الطفولة على العادة نفسها وعدم المبالاة من ناحية الوالدين[١].

وتظهر اضطرابات التبول على (عدة أشكال) منها:

● أ - التبول اللاإرادي الليلي:

- يسود عند الأطفال الذين لا يستطيعون ضبط أنفسهم.
- يصل إلى نسبة ١٦٪ ويسود عند الذكور أكثر من الإناث حتى سن الخامسة وقد يستمر فيما بعد لدى نسبة قليلة.

● ب - التبوُّل النهاري اللاإرادي:

- ينتشر نهاراً بشكل لا إرادي بين الأطفال في الروضات والمستشفيات.

● جـ - التحقُّن البولي:

- يقع في حالات العسر الهضمي على شكل تحقُّن إبرازي - خلفي أو بولي أمامي ويحتاج لمراجعة الطبيب الفوريّة.

- يؤكد العلماء أن الأسباب العضوية لا تزيد على (١٠٪) بينما الأسباب النفسية هي (٩٠٪) ويصاحبه أعراض توتر عصبي كمص الأصابع وعض الشفاه وكلها مصاحبات تعكس القلق والشعور بالذنب.

السلوك اللااجتماعي (السيكوباتي):

يعتبر (السلوك السيكوباتي) نموذجاً للسلوك اللاجتماعي ويمكننا تحديد (أعراضه) بما يأتي:[٢]

(١) راجع د. عطوف محمود ياسين: علم النفس العيادي (١٩٨٦ - ط ٢) بيروت - دار العلم للملايين: ص ٢٧٥ - ص ٢٧٧ وراجع أيضاً: (فصل أمراض الأطفال النفسية).

(٢) يُعرف (دافيد كلارك) الشخصية السيكوباتية بأنها شخصية الأفراد التي تكون بها سمات الخلل واضحة في تصرُّفاتهم ويعيشون عالة على غيرهم وقد يصلون إلى سلوك الأحداث والجرائم.

● ١ - السلوك السيكوباتي يبدأ مع الطفولة وذو منشأ وراثي أو (عوامل استعدادية) عند المريض ونادراً ما يكون السبب به (عضوياً أو بيئياً) إلا بنسبة ضئيلة.

● ٢ - يستمر هذا السلوك مدى الحياة ولا يقبل العلاج ويرفض ويقاوم كل أنواع العلاج الطبي والنفسي والاجتماعي والمدرسي.

● ٣ - يستلزم (تخطيطاً للقلب ورسماً دماغياً) للتأكد من وجود أو عدم وجود إصابات دماغية ناتجة عن صَدَمات أو حوادث أو ظروف تشويه في الحمل أو الولادة ولهم (ذبذبات دماغية خاصة).

● ٤ - ينتشر عادة بين أكثر من فرد واحد في نفس الأسرة أو في الأسرة المفككة أو الأبناء (غير الشرعيين) واللصوص والأحداث والمجرمين.

● ٥ - يرى (علماء البيئة) أن (المؤثرات الاجتماعية) السيئة من حروب وفقر وبطالة وطلاق تقود إلى السلوك السيكوباتي.

● ٦ - تتسم الشخصية السيكوسوباتية بالعناد والمشاكسة والعدوان على الآخرين من الصغار وخرق النظام والقانون؛ والعنف والهياج والقتل والضرب (بلا وعيٍ) ذاتي، وتهديد أمن الناس وحياتهم والتشرُّد والهروب من البيت والمدرسة، والعمل؛ وانعدام المسؤولية.

● ٧ - يتسم السلوك السيكوباتي بالتعصُّب والقلق والتجوُّل في الشوارع والبارات والملاهي والميل للمخدِّرات والخمور والانحرافات الجنسيّة؛ و(عدم الشعور بالخطأ والذنب) ويتحول ضميرهم إلى (صخرة متحجِّرة) لتراكم الإحباط ونبذ المجتمع لهم. وفي أحاديثهم مبالغات وأكاذيب مُختلفة وأوهام؛ وقد توجد لديهم (عاهات جسدية) وانفعالاتهم من (النوع الانفجاري الهستري). وقد قام (مورجان) بتصنيفهم إلى (٩) أنواع هي: [الناشز غير

المتوافق/ العدواني/ المتجوّل المتشرّد/ المتعصّب الناقم الغاضب/ القلق التائه/ المجرم متبلد الشعور/ الانفجاري المهووس/ المكتئب السوداوي/ ذو العاهة الجسمية/ ويضاف إليها (اللامؤون - اللاواعي - الكاذب الحالم غير الواقعي).

[نماذج الشخصية ودلالاتها]: أبقراط:

قام (ابقراط) بتصنيف الشخصية إلى (٥) نماذج؛ لكل منها (دلالات متميزة) وهي:

١ - النموذج الدموي.
٢ - النموذج البلغمي.
٣ - النموذج الصفراوي.
٤ - النموذج السوداوي.
٥ - النموذج النرجسي[1].

[١ -] سمات النموذج الدموي:

- أ - صاحبه سريع الحركة - متسرع في الإجابة - دائم النشاط.
- ب - طبعه حاد - عنده غيرة شديدة وعناد.
- جـ - متفائل عموماً وجموح وتقوده العاطفة وقليلاً ما يستخدم التفكير.
- د - شديد الحساسية - سريع الغضب وسريع الاستثارة.
- هـ - يحب النتائج ولا تهمه المقدّمات.
- و - لا يؤمن بالتدريج والتخطيط بل بالفوريّ (الآن)، وسلوكه عموماً ردود أفعال وكثيراً ما يتعرض لفترات تأنيب الضمير والندم لاهتمامه بالانتصارات وعدم تقديره للصعاب وثمن النصر والنتائج.
- ز - يعشق (اللون الأحمر) والألوان الصارخة.

---

(١) تعتبر هذه السمات نتيجة دراسات لـ (٥٠٠٠) حالة من العيادة النفسية ومقارنات تحليلية.

[٢ -] سمات النموذج البلغمي:

- أ ـ بلغمي المزاج يتصف بنوع من الخمول والإنطواء.
- ب ـ مزاجه فاتر بارد ويميل لعدم تحمل المسؤولية واللامبالاة.
- جـ ـ لا يحب التنافس وعلاقاته بالآخرين قليلة ومحدودة.
- د ـ ليس له أصدقاء عموماً.
- هـ ـ يعاني شكوكاً كثيرة ولا يثق بمن حوله.

[٣ -] النموذج الصفراوي:

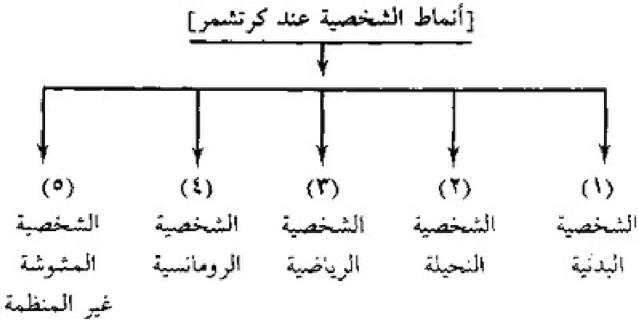
- أ ـ شخصية طموحة وغضوبة و (شديدة العناد).
- ب ـ شخصية سريعة الانفعال، لكنها نواياها صافية وذات قلبٍ سليم.
- جـ ـ تتلبد هذه الشخصية بالغيوم والبلبلة في معظم الأحيان.
- د ـ تفكير هذه الشخصية كثيراً ثم تعود للحياة الرتيبة دون أن يكون لها موقف معيّن أو ثابت تجاه أيّ موضوع.

[٤ -] النموط السوداوي:

- أ ـ شديد وعنيف في قراراته وأحكامه.
- ب ـ ينظر صاحب هذا المزاج للقضايا والأمور من زاوية مثاليّة واحدة؛ والحياة لديه لها نظرة (سوداء/ أو بيضاء) ولا يوجد بينهما؛ (وسط/ أو اعتدال) أو لوناً آخر.
- جـ ـ لديه نوع من الاكتئاب السوداوي ـ الحصري ويميل إلى الانطواء.
- د ـ هذا النموذج حين (يحب لا يكره أبداً) وحين (يكره لا يحب أبداً) والاعجاب بشيء لديه (كامل) والكراهية لشيء (كاملة) والحياة صدق أو كذب وحق أو باطل وعدل أو ظلم فهو يقف دوماً على خط (التطرّف الدائم): Extreme؛ وأصدقاؤه قليلون جداً لعدم قدرة معظم الناس على فهمه. ويعشق اللون الأسود والألوان الرسميّة القاتمة.

[٥ ـ] النموذج النرجسي:

- أ ـ يحب هذا النموذج من الأفراد (الطبيعة الجميلة) والألوان والحياة ويستهويه اللون النرجسي.
- ب ـ غارق في حبّه لذاته؛ وبشكل خاص جسده وشكله واعتداده بنفسه وملابسه وجماله وكلماته وتقديس الآخرين لشخصيّته He - She Ego Centred.
- جـ ـ يميل ويحب من يتطابق معه حسيّاً وشعورياً ويكثر من حالات (التقمُّص) ويميل إلى السيطرة على الآخرين.
- د ـ اللذة لديه هي مبدأ جوهري لحياته وهو سريع التغير والتقلُّب في مزاجه وعلاقاته: Moody.
- هـ ـ يعشق البحر والطيور والأمواج والموسيقى والجو الرومانسي.
- و ـ يقف طويلاً على المرآة (لا سيما الأنثى) وهو (كثير التردُّد).
- ز ـ يساوره الشك بكل من حوله ويبحث دوماً عن شريك مثالي نموذجي خيالي ليملأ لديه الفراغ في حياته.



١ ـ الشخصية البدينة: وسماتها:

- أ ـ الوجه عريض، والجسم مليء، والساقين قصيرة، وتتراكم الشحوم في الوجه، والحركة والنشاط قليلة ومعظم هذه السمات وراثية.

● ب ـ غذاء هذا النمط رديء النوعية، وكثير الكميّة، وغير منظّم.
● جـ ـ النوم لدى هذا النمط (كماً ونوعاً) مشوّش وغير منظّم.
● د ـ تثاقل في السير، ويحس صاحب هذا النمط نقد الآخرين ومراقبتهم لسلوكه فيلاحقه القلق والخجل.
● هـ ـ إن عواطف هذا النمط متأرجحة بين الحب والكراهية والخير والشر فلا توازن ولا ثبات.
● و ـ إن الوزن الثقيل هو مصدر ضيق وتوتر عند هذه الشخصيّة وتنظر لأصحاب الأجسام الرشيقة بنوع من الحسد والاعجاب، والغيرة.
● ز ـ تحب هذه الشخصية الاختلاط، لكن الفشل في التكيُّف مع الآخرين هو/ العائق/ وإرادتها ضعيفة وتعاني توتراً كامناً لا شعورياً.

٢ ـ الشخصية النحيلة:

● أ ـ إن نحول الجسم يشكل مصدر ضيق وتوتر لهذا النمط.
● ب ـ تتسم هذه الشخصية بالخفّة والرشاقة ولكنها تعيش في حزن وكآبة ونحول الجسم عموماً هو (وراثي) والتغذية واللحوم لا تحسِّن من صحّة هذه الشخصية.
● جـ ـ تكثر هذه الشخصية من أحلام اليقظة والتفكير الهروبي.
● د ـ تميل هذه الشخصية إلى الإنطواء وتمتص الغضب وتدفع به إلى (اللاشعور).
● هـ ـ تستخدم كثيراً من الإسقاط والنكوص والتعويض؛ وثقتها بنفسها تحت الوسط، والمطامح والدوافع والآمال محدودة وقليلة.

[٣ ـ] الشخصية الرياضيّة:

وتتسم بالخصائص التالية:

● أ ـ عناية شديدة بالتناسق الجسمي والرشاقة والغذاء المنظّم والراحة؛ والجسم متوازن ومليء ورشيق.

- ب ـ المزاج ديناميكي ويتّسم بالمرح وحب المغامرة والمبادرة وحُسن اتخاذ القرار السريع والسديد.
- جـ ـ صاحب هذه الشخصية يستخدم كثيراً من (التقمُّص) لشخصيات أخرى؛ عضلاته بارزة وتستلفت النظر؛ وتهتم باهتمام الآخرين.
- د ـ يُلاحظ في العيون بريق الذكاء والتحدّي؛ وقد يصل عند البعض إلى حدود الصدام والعدوان.
- هـ ـ صاحب هذه الشخصية يحبُّ الإنتاج والعمل ويكره الكسل والخمول.
- و ـ ناجح في علاقاته مع الآخرين، ولديه ثقة قوية بنفسه. وقادر على انتزاع الاعجاب من الآخرين ومنهم من لديه ميول نرجسيّة حول جسمه.

[٤ ـ] الشخصية الرومانسيّة:

- أ ـ تكره الضجيج والصخب وتحب الهدوء والسكينة.
- ب ـ لديها ميول للفنون بأنواعها؛ وللموسيقى الهادئة والألوان الزاهية.
- جـ ـ عاطفيّة المزاج، تتأثر بسرعة، وتتأثر كثيراً بالجو المحيط بها.
- د ـ تعشق الحدائق والأنهار والبُحيرات وأنواع الورود والزهور والعطور (البيرفيوم: Perfume)).
- هـ ـ تحبُّ الأطفال والبراءة؛ وكل أصناف الجمال؛ تغضب بسرعة وتضى بسرعة، مبدؤها اللذة وتحلم باستمرار، فالأحلام تأخذ كثيراً من وقتها وتفكيرها؛ وفجأة تصطدم بالواقع[١].

[٥ ـ] الشخصيّة المشوّشة (غير المنظّمة):

وتتصف بالسمات التالية:

- أ ـ السلوك مضطرب ويعاني صاحبه الشعور بالذنب والخطأ.

---

(١) هذه السمات نتيجة تحليل (٥٠٠٠) حالة من العيادة النفسية.

- ب ـ الثقة بالنفس معدومة ومدمَّرة.
- جـ ـ الإحباطات والصراعات اللاشعورية كثيرة.
- د ـ النوم متقطّع ومضطرب؛ والغذاء سيء (كماً وكيفاً).
- هـ ـ العلاقات مع الآخرين عدوانية ومتوترة.
- و ـ يشكو دوماً من الناس والمجتمع وقسوة الحياة.
- ز ـ حياته بلا هدف واضح؛ استبصاره ضعيف؛ يتناقض مع نفسه، شديد الاستثارة؛ ناقم على المجتمع، أحلام اليقظة لديه كثيرة ومتشابكة.

الانحرافات الجنسية

Sexual Deviations

خطة الفصل المنهجية :

التعريف/ النوعيات :

- ١ ـ الجنسية المثلية .
- ٢ ـ الفتيشية .
- ٣ ـ السادية .
- ٤ ـ الماسوشية ـ الخضوعية .
- ٥ ـ الاستعراء والاستعـراض .
- ٦ ـ الاستمناء .
- ٧ ـ العنانة أو الارتخاء العناني .
- ٨ ـ البرود الجنسي أو التشنج المهبلي .
- ٩ ـ القذف السريع .
- ١٠ ـ التلصص .
- ١١ ـ التقمص المعاكس للملابس .

- ١٢ - التبديل العضوي للجنس.
- ١٣ - النرجسيّة.
- ١٤ - حب الحيوان الانحرافي.
- ١٥ - الجنس النساني (الأورلي).
- ١٦ - العلاقات الجنسية الجماعية والزواج المفتوح.

معالجة الانحرافات الجنسية.

الفصل العاشر

الانحرافات الجنسية

Sexual Deviations

● **التعريف**:

«وهو السلوك الجنسي الذي يتم بين طرفين من نفس الجنس أو يأخذ مظهراً انحرافياً شاذاً يستهجنه أغلبية أفراد المجتمع ويتعارض مع القيم والمفاهيم السائدة فيه ويمسُّ المعايير والأعراف وتصل أشكال هذا الانحراف إلى ما يزيد على (١٥) نوعاً أبرزها»:

١ ـ الجنسية المثليّة: **Homosexuality**:[١]

● أ ـ وهي الميل والعلاقة الجنسية بين طرفين من (نفس الجنس) ويشعر الفرد بخوف أو ذعر أو خيبة أمل من الجنس الآخر. وتدعى

---

(١) إن أشهر العلماء الذين قاموا بدراسات عن (الجنس وانحرافاته) هم: [كينزي ـ وجونسون ـ وماستر].

Kinsey, Johnson, And Master.

وهذا الفصل بأكمله دليل على ما وصلت إليه (الحضارة الغربية المعاصرة) من انحرافات وانحدار وانهيار غريب.

العلاقة بين (الأنثى والأنثى) - اللزبانيّة Lesbianism أو (السحاقيّة) والعلاقة بين (الذكر والذكر) - اللّواط.

- ب - تشير البحوث العلمية بأن (السحاقيّة) تسود فقط في (المملكة الإنسانية وهي وفيّة للطرف الآخر ولا تتغير بالشريك فالأنثى تكتفي بصاحبة واحدة؛ ولا تعمل إحداهما عاهرة أبداً. وتلعب إحداهن الدور السلبي وإحداهن الدور الإيجابي الفاعل.

- جـ - تشير الدراسات (كينزي - ماستر - جونسون) بأن (اللواطة) أكثر شيوعاً من (السحاقيّة) ويمكن أن يتحوّل فيها أحد الطرفين إلى (عاهر - الطرف السلبي)؛ وهي سائدة في (المملكة الإنسانية والحيوانية) والطرف فيها يميل إلى تعدُّد الشركاء لأن هذا الانحراف لا يرتوي وكلما أقام علاقة انحرافيّة مع نفس الجنس بحث عن (طرف جديد) للتكرار والتغيير. ومنهم من يقيم علاقة مع (الأنثى) ويدعى: Bi - Sexual وأغلبهم يتعامل فقط مع الذكور: Homo-Sexual.

٢ - الفتيشيّة: **Fetichism**:

- أ - وتعني تعلُّق طرف واحد بملابس وأدوات الطرف الآخر ويتناول هذا العُشق المنديل أو الملابس الداخلية أو حمالة الثديين أو القميص أو الجوارب أو الكلسون ويتخذه مصدراً للإلهام واللذة والاستثارة الشهوانية.

- ب - يهتم أحد الطرفين بحذاء الآخر أو سريره أو أحدهما ويكفي ذلك لإثارته أو شعوره بالمُتعة.

٣ - الساديّة: **Sadism**:

- أ - وتعني الانحراف الجنسي الذي يأخذ طابع القسوة والشدّة وإيلام الطرف الآخر. فالألم الجسدي الذي يمارسه (الطرف الناشط)

على (الطرف السلبي) يثير عندهما اللذة أو عند أحدهما النشوة: (عَصَا - إبرة - ضرب - شتائم - إذلال).

- ب - واحد من الطرفين يمارس القسوة والإيلام ويتمتّع بها؛ والطرف الآخر يتلقّاها بسعادة رسُرور أو بعَذاب.

٤ - الماسوشيّة - الخضوعيّة Masochism:

- أ - وهي سلوك انحرافي يمثل صاحبه (دور الخاضع المستسلم) بالتألم على يد شخص آخر وهي (عكس السادية) والشخص الذي يتلقى الألم يُثار ويشعر باللذة ويقال عنه (ماسوكيست: Masochist).

- ب - معظم هؤلاء الأفراد يشعرون بالحاجة لعقاب أنفسهم وهذا معظمه (انحراف نسائي) ومنهن من يلتذ بالإهانات والتحقير أثناء العلاقة الجنسية.

٥ - الاستعراء والاستعراض: Exhibitionism:

- أ - هنالك أفراد لا يجدون لذة إلا في حالة العراء والاستعراض لأجسادهن أو أجسادهم أمام الآخرين.

- ب - يعتبر هذا النوع من الانحراف شكلاً من أشكال (إثبات الذات).

٦ - الاستمناء: Masturbation (العادة السريّة):

- أ - تعتبر (العادة السلوكيّة السريّة) لإثارة الفرد لنفسه ذكراً كان أم أنثى (عادية) ما لم تصل لمرحلة الخطورة (كماً وكيفاً).

- ب - تزداد (عملية الاستمناء) في مرحلة البلوغ والمراهقة وقد تولّد الإنطواء والعزلة.

- جـ - تشير دراسات (كينزي - جونسون - ماستر) بأن (٥١٠٠) رجل من أصل (٥٣٠٠) رجل بحثت حالاتهم الجنسية وذكروا بممارستهم المستمرة

للعادة السريّة أي بنسبة (٩٠ ـ ٩٥٪) من العيّنة المدروسة. وقد تكون (أسبوعية أو يوميّة) وحين يمارسها المراهقون (يومياً) أكثر من مرة فإنها تصل بهم لمستوى الخطورة والإسراف وتستمر مع (البنات والشباب) لمرحلة ما بعد الزواج وتتنوّع عندهم أساليبها وتصبح (ممارسة مرضيّة) حين تتحكم بالسلوك؛ وهي مرتبطة (بالنرجسية) ارتباطاً وثيقاً.

٧ ـ العنانة (العنّة) أو الارتخاء العناني: **Impotence**:

- أ ـ وهي عبارة عن (حبسة جنسية) تصيب بعض الرجال حيال بعض النساء مع وجود الرغبة عند الفرد. وقد تكون (كليّة أو جزئيّة)؛ ففي الأولى يتخاذل الرجل حيال كل امرأة؛ وفي الثانية يتخاذل الرجل حيال نوعٍ خاص من النساء؛ وترتبط (العنانة) بالجهاز الودّي والمخاوف النفسية.

- ب ـ لابد للفرد من الإسراع للعلاج النفسي قبل أن يتحول وضعه لوضع مزمن غير قابل للعلاج.

٨ ـ البرود الجنسي أو التشنُّج المهبلي: **Frigidity**:

- أ ـ تعاني منه المرأة نتيجة لصدمات عاطفية ونفسية كحالات (الاغتصاب والمخاوف من الرجل/ أو الكآبة/ والخوف من الحمل/ أو العنف وغيرها..).

- ب ـ يظهر على شكل عدم القدرة لدرجة الإنزال وعدم الحساسية والبرود وانقباض المهبل: Can not Achieve Orgasm or Climax.

- جـ ـ يستدعي طريقة خاصة في العلاج النفسي وسريعة.

٩ ـ القذف السريع: **Pre-Mature Ejaculation**:

- أ ـ وهو (سرعة القذف) عند أحد الطرفين (منذ بدء الاتصال) نتيجة سرعة التحسُّس أ المخاوف ويرافقه الاندفاع والارتعاش ويعقبه الأسف والندم.

● ب - يعاني سرعة القذف عموماً الرجال ولا سيما الشباب منهم ومن يتهيّب المرأة والعلاقة الجنسية كخبرة حديدة ومفاجئة؛ وهو يختلف عن (الشبق الجنسي).

١٠ - التلصُّص: Veyeurism:

● وهو رؤية الآخرين وهم يمارسون (العلاقات الجنسية) بشكل علني أو من وراء الأبواب والنوافذ أو (الأفلام) و(المجلاّت) مما يستثير على (المتلصِّص) رغبته وغريزته؛ وبدون ذلك لا توجد إثارة لديه.

١١ - التقمُّص المعاكس للملابس: Transvestism:

● أ - وهو لبس الشاب (ملابس الفتاة) واستعمال (المكياج) و(العطر) النسائي أو لبس الفتاة (ملابس الشاب)؛ وهذا التقمُّص يعكس (تضارب الدور والذات).

● ب - يرتبط هذا السلوك المرضي بالتربية والطفولة والشعور النرجسي لمن يقوم به.

١٢ - التبديل العضوي للجنس: Transsexualism:

● أ - وهو رغبة الشاب المنحرف بإجراء عملية جراحية للتحوُّل إلى أنثى ورغبة الفتاة بالتحوُّل إلى شاب؛ وقد أجريت هذه العمليات منذ عام ١٩٤٥ برغبة صاحبها وبقرار لجنة من الأطباء والنفسانيين لتخليص صاحبها من الحالات العُصابية التي يعاني منها (ازدواج الذات والدور).

● ب - يمتزج مع هذا الانحراف ارتداء ملابس الجنس الآخر ومحاكاة سلوكه.

١٣ - النرجسية: Narcissism:

● أ - يتمثل هذا النوع من الانحراف (بالعشق الذاتي)؛ فالفتاة أو الشاب يهتم بالملذات الجسدية لنفسه؛ والاعجاب في رؤية الجسم على

المرآة عارياً ويهتم صاحبها في الملابس والأناقة؛ وتنتشر بين الرياضيين والممثلين والفنانين والطلاّب؛ وتمتد بعد (المراهقة) التي تعتبر ذروتها.

● ب ـ تظهر النرجسية على (أشكال عديدة) كنكوص الكبير لسن الشباب ونكوص الشاب لسن الطفولة في المظاهر السلوكية والملابس؛ ومص الأصابع؛ وقضم الأظافر ومضغ اللبان أو الدخان وتصفيف الخواتم في الأصابع والأطواق والسلاسل الذهبية والفضيّة في الرقبة ومصمصة الشفاة وعضّها أحياناً وكلها (تعبيرات لا شعورية عن صراعات عصبية أو احتياجات غير مُشبعة)؛ والزيادة في استعمال العطور الفوّاحة والمراهم الجلدية الخاصة كتعويض لرغبات مهزومة لم تجد إشباعاً.

١٤ ـ حب الحيوانات الانحرافي: Animal's Love:

● أ ـ تعتبر (محبة الحيوانات) سلوكاً عادياً ما لم يتحول (الحيوان) إلى (أداة للعلاقة الجنسية) فيصبح انحرافاً حتمياً.

● ب ـ عندما يفشل الإنسان بتحقيق (التوافق الجنسي) مع قانون الفطرة والطبيعة البشرية السويّة فإنه (ينحرف)؛ وتهتم الدول الغربيّة (لاعتبارات حضاريّة) بالكلاب والقطط التي تنال (اهتماماً نسائياً) متطرّفاً؛ وقد امتلأت المجلات والأفلام والنوادي بممارسات حيّة لهذه الانحرافات التي يبرّرها الأجانب بأنها (هوايات شخصية) ويصبح (الحيوان) هو (البديل) للرجل عند البعض وهو أغلى من الزوج والأطفال عند الملايين من النساء في البلدان الغربية؛ وإن (٤٠ ـ ٥٠٪) ممن سكنوا الأرياف مارسوا العلاقة الجنسية مع واحد أو أكثر من الحيوانات.

١٥ ـ الجنس اللساني (الأورلي): Oral Sex:

● أ ـ وهو الانحراف الذي (يستخدم) اللسان مع الأعضاء التناسلية

كوسيلة للإثارة وتدعى (الطريقة الفرنسية) وقد يصاحبها (استخدام الحيوانات) وهذا سلوك شائع في ـ الحضارة الغربية ـ وقد نجحت عناصر الشر، في نشر (أطنان الأفلام) لهذه الانحرافات في (دول الخليج العربي) بالذات وفي (كافة الدول العربية) كجزء من الغزو الفكري والتربوي والثقافي لمهاجمة شبابنا وعائلاتنا وأطفالنا عبرَ (أجهزة الفيديو والتلفاز والمجلات) التي تصدر بما لا يقل عن (١٠٠) لغة.

- ب ـ أكد الدكتور محمد عثمان نجاتي في كتابه: [علم النفس في حياتنا اليومية] بعض استنتاجات (كينزي/ وجونسون/ وماستر: Kinsy, Jhonson, Master: وهي:

- ١ ـ إن النشاط الجنسي في الولايات المتحدة يتراوح من حيث عدد المرات بين (٠ ـ ٢٩) مرة أسبوعياً.
- ٢ ـ وصلت نسبة (ممارسة العادة السرية) من (٩٠ ـ ٩٥٪) للعيِّنات المدروسة.
- ٣ ـ إن (٥٠٪) من الرجال الذين درست حالتهم مارسوا (عمليات الجنسية المثليّة).
- ٤ ـ إن (٤٠ ـ ٥٠٪) من الرجال الذين كانوا يعيشون في الريف قاموا بنوع من الاتصال الجنسي مع الحيوانات.

١٦ ـ العلاقات الجنسية الجماعية والزواج المفتوح:

Group Sex and The Open Marriage;

- أ ـ ظهرت في (أوروبا وأمريكا واستراليا) ظاهرة العلاقات الجنسية الجماعية كظاهرة للتحلل الحضاري المعاصر.

- ب ـ الزواج المفتوح هو نموذج جديد مقبول في الغرب وبموجبه يحق للطرفين ممارسة الجنس الحر ولم يعد هناك أهمية لشرعية الأولاد أو نشوئهم في نوادي العراة.

معالجة الانحرافات الجنسية:

- ١ - لكل (حالة) من حالات الانحراف (أسلوباً خاصاً) بها. فحالات (الجنسية المثليّة) يستخدم بها:
- أ - الأسلوب السلوكي الصارم مع (الفهم) لحالة المنحرف ودوافعها وأسبابها. فالإشراط التنفيري مع (الصدمة الكهربائية) بدأ يصل إلى نتائج جيِّدة.
- ب - تستخدم (حقن الأبومورفين) التي تثير الغثيان والقيء عند نظر المنحرف لبعض الأفلام.
- جـ - يهيّء العلاج النفسي (المنحرف) للزواج وممارسة السلوك الفطري السوي مع برمجة حياته اليوميّة.
- ٢ - الانحرافات النابعة من خلل هرموني وعضوي تُعالج بأسلوب عضوي ودوائي.
- ٣ - إعادة الثقة للمنحرف في حالة (العنانة) أو (القذف السريع وغيرها..) واستخدام العلاج الفردي المتمركز حول العميل والعلاج البيئي والتحليلي.
- ٤ - استخدام (العلاج الفيزيائي) لحالات البرود.
- ٥ - استخدام (العلاج المهني والتأهيلي والسلوكي) عموماً. ولكل (حالة) أسلوبها (الخاص) بها.
- ٦ - تستخدم معظم سُبل معالجة (الإدمان) الواردة في الفصل القادم (١١).

(*) - راجع: د. عطوف محمود ياسين: علم النفس العيادي - ط ٢ /١٩٨٦/ بيروت - لبنان - دار العلم للملايين (ص ٢٥٧ - ص ٢٦٥).

- راجع: الدكتور حنا الخوري - الطب النفسي - جامعة دمشق - دمشق - ١٩٨٥ - (ص ٥٨ - ص ٦٨).

- راجع: الدكتور محمود هاشم الودرني: مدخل إلى الطب النفسي /١٩٨٦/ دار الحوار - اللاذقية (ص ٩١ - ص ٩٣).

الإدمــــان

Addiction

خطة الفصل المنهجية

- مشكلة التعريف وتحديد المصطلحات.

١ ـ الإدمان.

٢ ـ التعوُّد.

٣ ـ الاعتماد.

٤ ـ السمات العامة والأعراض السريرية للمدمن.

ـ نوعيات الإدمان:

- ١ ـ الإدمان على (الكحول) والخمور.
- ٢ ـ إدمان (الأفيونات الصعبة) كالمورفين والهيروين والكوكايين.
- ٣ ـ (المهدّئات والمسكنات والمنوّمات) كالبربيتورات والفاليوم.
- ٤ ـ إدمان الامفيتامين (المنشّطات) ومضادات الاكتئاب.
- ٥ ـ المهلوسات(كالحشيش ـ الماراوانا) والـ: .L.S.D (الماسكولين).
- ٦ ـ المواد النباتية مضغاً أو تدخيناً كالقات.

ـ أسباب الإدمان:

١ ـ أسباب نفسية ـ اجتماعية ـ عُصابية.

٢ ـ أسباب أخلاقية ـ تربوية ـ عائلية.

٣ ـ أمراض عقلية أو عضوية أو اضطرابات شخصية.

٤ ـ أسباب مرتبطة بمهنة المدمن.

ـ إدمان الخمر والكحول وتعريف الكحولي ومؤشراته الفارقة[1].

ـ أعراض وسمات الارتعاش الهذياني.

ـ علائم الاقتراب من الإدمان الكحولي (جيللنك).

ـ خطوات علاجية.

ـ إدمان الأفيونات (الأدوية الصعبة):

١ ـ المورفين.

٢ ـ الهيروين.

٣ ـ الميثادون والبيتيدين.

٤ ـ مركبات الكوكائين.

ـ علاج إدمان الأفيونات.

ـ المهدئات والمنومات البسيطة كالبربيتورات والفاليوم.

ـ إدمان الإمفيتامين (المنشّطات) ومضادات الاكتئاب.

ـ إدمان المهلوسات كالحشيش ـ الماراوانا والـ: .L.S.D.

ـ إدمان المواد النباتية كالقات مع الأعراض والعلاج.

---

(١) انظر تفصيلاً (للكحول) في (الفصل ١٣ للباب ٦) القادم.

ـ خطوات وسبل علاج الإدمان:

- ١ ـ علاج الأنتابيوس.
- ٢ ـ علاج الأبومورفين الشرطي.
- ٣ ـ العلاج التنفيري للإدمان.
- ٤ ـ علاج الإبستيم.
- ٥ ـ العلاج النفسي الجماعي.
- ٦ ـ العلاج النفسي الفردي.
- ٧ ـ التأهيل المهني والاجتماعي.

الفصل الحادي عشر

الإدمـــان

The Addiction

مشكلة التعريف:

● عندما نتناول تعريف مصطلح (الإدمان): Addiction لا بدّ من تمييزه عن التعوُّد: **Habituation** وعن الاعتماد: **Dependance**.

كما يجب تصنيف (الإدمان) إلى ثلاث نوعيات:

١ ـ إدمان الكحول.

٢ ـ إدمان المخدّرات والعقاقير بأنواعها.

٣ ـ إدمان القات.

تحديد المصطلحات:

● [١ -] الإدمان: **Addiction**:

«هو انسمام مزمن أو دوري بأخذ (المادة المخدّرة) من كحول أو مخدّرات يتناولها المدمن بشكل دائم وقسري مما يسبب له أذى، أو

لمجتمعه، أو كليهما معاً ولا يستطيع المدمن الاستغناء عن إدمانه لتحوُّله إلى ضرورة مسيطرة حتى يتمكن من متابعة حياته اليوميّة ولدى المدمن استطاعة الحصول على مواد إدمانه بأية وسيلة ممكنة»[1].

● [٢ ـ] التعوُّد: Habituation:

هو (التعلق النفسي) بعقار معيّن بحيث لا يتمكن المصاب من التخلّي عنه إلا بظهور مضاعفات نفسية وجسمية وأعراض انسحابية فهو (الطريق إلى الإدمان) والبداية له.

● [٣ ـ] الاعتماد: Dependance:

هو تعلق المصاب بعقار معيّن (عضوياً ونفسياً) بحيث يفقد القدرة على العودة للحالة الطبيعية ما لم يواجه ردود أفعال مَرَضية والاعتماد هو قريب جداً من الإدمان وأبعد مدى من التعوُّد الذي هو (سلوك نفسي متكرّر) بينما الاعتماد (فقدان للإرادة عن إمكانية الضبط الذاتي)، بحثاً عن سعادة وهمية وهروباً من المشاكل أو المسؤوليات[2].

السمات العامة والأعراض السريرية للمدمن:

● ١ ـ وجود (دافع قهري) عند المصاب Compulsion لتناول (المادة المخدّرة) وعدم استطاعته التخلي عنها لساعة أو يوم.

● ٢ ـ الميل المتواصل (لزيادة الجرعة) من تلك المادة للحصول على مقدار أو عتبة من السعادة أو النسيان مما يولد لديه (عطب وخلل عضوي) يمنعه من ازدياد التحمُّل.

● ٣ ـ حدوث (مضاعفات جسمية) كالتعرُّق والارتجاف في الأطراف

---

(١) تعريف منظمة الصحة الدولية (١٩٨٠).

(٢) يعتبر معظم علماء النفس العيادي ـ الإكلينيكي (الإدمان) بأنه أحد (اضطرابات الشخصية) فهو (انحراف سلوكي).

واللسان والوجه وحالات اختلاطات وصُداع وإغماء عند (التوقف عن تناول المادة المخدّرة).

● ٤ - ظهور (مضاعفات نفسية) كالتوتر العصبي والقلق الشديد والكآبة وعدم الارتياح وتشتت التركيز الذهني عند عدم تناول المادة المخدّرة مهما كان نوعُها.

● ٥ - تدهور متواصل في (سمات الشخصية) ونشاطاتها السلوكيّة والعملية والذهنية والفعالية الجسمية عموماً.

● ٦ - حدوث تناذر (سحب العقار وحرمان المدمن منه) كما يحدث عند سجن المصاب فنلاحظ (هذيان رعاشي) لدى الكحوليين (واضطراب ذهني - اختلاطي) عند المدمن على الإمفيتامين؛ وتختلف الاضطرابات حسب نوع المادة المخدّرة؛ ففي الخمور تزداد الأعراض الانسحابية أكثر مما هي في الكوكائين والهيرويين والأفيون والحشيش والإمفيتامين.

[نوعيات الإدمان]:

● ١ - الإدمان على الكحول والخمور.
● ٢ - إدمان الأفيونات (الأدوية الصعبة) كالمورفين والهيرويين والكوكائين.
● ٣ - المهدئات والمسكّنات والمنوّمات البسيطة كالبيربيتيورات والڤاليوم.
● ٤ - إدمان الإمفيتامين (المنشّطات) ومضادات الاكتئاب.
● ٥ - المهلوسات (كالحشيش - الماراوانا) والـ L.S.D.
● ٦ - المواد النباتية مضغاً أو تدخيناً كالقات.

أسباب الإدمان: Causation of Addiction:

يحدّد الأطباء وعلماء النفس العيادي - الإكلينيكي (أسباب الإدمان) ومصادره بالأسباب التالية:

● [١ -] أسباب نفسية - اجتماعية - عُصابية:

أ - تبين أن معظم المدمنين يعانون من حالات عُصابية وقلق ومخاوف ومنهم من لديهم اضطرابات كالهوَس والفصام.

ب - لوحظ أن كل (مادة مخدّرة) تحدّد (نوعية المصاب وطبيعة مشكلته) فالأفيون يزداد عند الأقليات المحرومة كالزنوج والطوائف، ومركبات الباربيتوريت المهدئة للأعصاب تزداد عند العصابيين والنساء، والإمفيتامين المنشّط والطارد للاكتئاب يزداد بين الشباب والمراهقين والطلاب بحثاً عن القوة والنجاح والإنجاز والنصر، أما المهلوسات كالحشيش وغيرها فهي شائعة لدى الطبقة المتوسطة وبين الشباب والطلبة الجامعيين؛ وتنتشر الخمور عندالشخصيات الاتكاليّة العاجزة أو ذات الميول الجنسية - المثلية التي تتركز اللذة عندهم في الفم.

جـ - أوضحت دراسات (موفر وفوجل ١٩٦٤) أن مصدر الإدمان هو الفقر والحرمان وسوء الظروف الاقتصادية ويعتبر (معهد كلارك السايكاتيري) في بوسطن وفي تورونتو بكندا في مقدمة مشافي الإدمان في العالم. ودلت أبحاث أخرى أن المضاربات المالية والإفلاس والصفقات الضخمة ومفاجآت الأسهم المالية كلها عوامل تدفع إلى الإدمان والمخدّرات.

● [٢ -] أسباب أخلاقية - تربوية - عائلية:

أ - تبين أن ضعف الوازع الأخلاقي والديني وانهيار القيم في المجتمع تدفع الأفراد في طريق البحث عن (تعويض) عبر الإدمان.

ب - أشارت الدراسات الأنتروبولوجية أن أقل الشعوب ميلاً للخمور والمخدرات هي الشعوب الإسلامية بينما يزداد استعمال الأفيون في أمريكا اللاتينية ومصر؛ وكذلك الحشيش، ويسود الخمر والهيروين والعقاقير الحديثة في أمريكا وفرنسا والدول الاسكندنافية؛ وعند الأبناء القادمين من أبوين مُدمنين.

جـ - تلعب المشاحنات العائلية والغيرة وافتقاد الحب وعدم الانسجام الأسري؛ والمغامرات خارج قفص الزوجية؛ والمشاكسات العائلية دوراً هاماً في دفع الرجال والنساء نحو الإدمان (رافاسيني ١٩٦٨).

د - لوحظ أن القلق والتوتر عند (الوحيدين والمنبوذين) أو (الفاشلين عاطفياً أو دراسياً أو تجارياً أو (المحبّين للاستطلاع والخبرة الأولى) أو المضطرب جنسياً أو القادم من (أم متسلّطة وأب ضعيف) أو (أب متسلط وأم شديدة العطف) غالباً ما تدفع كلها أو بعضها إلى الإدمان (شودور - كوف ١٩٦٤).

● [٣ -] أسباب خاصة بالأمراض العقلية أو العضوية أو الشخصية:

أ - تبين أن العديد من المدمنين لديهم (أمراض عضوية) كعرق الأنسر وآلام المعدة؛ والتهابات دماغية وغيرها..

ب - تشيع بين المدمنين اضطرابات شخصية كالهسترية والسيكوباتية والوسواسيّة وغالباً ما يكون الإدمان تغطية لعجز الشخصية.

جـ - من الأمراض العقلية الشائعة عند المدمنين الصَرَع أو الشلل الجنوني، أو الفصام أو الذهانات بأنواعها وكذلك الذهان الدوري أو الكآبة الذهانية والذهان الكحولي وذهان المخدّرات والميول الانتحارية.

● [٤ -] أسباب تنتشر بسبب مهنة المُدمن:

أ - تبين أن وجود العقاقير والخمور بين يدي الأفراد بسهولة ويُسر يشجع على استخدامها ويبدأ ذلك بالمحاولة فالعادة فالتكرار فالتعوُّد الاعتمادي فالإدمان.

ب - يعتبر العاملون والعاملات في البارات ودور اللهو والنوادي الليليّة من أكثر الأفراد تعرُّضاً للإدمان.

جـ - تبيّن أن معظم الممرّضات والممرّضين والأطباء يتعاطون مختلف أنواع العقارات.

أعراض وسمات الارتعاش الهذياني:[1]

● ١ - توتر نفسي شديد ورجفة بالطرفين العلويين وخاصةً اليدين.

● ٢ - احساس المصاب بالغَثَيان والاكتئاب والهلاوس السمعية.

● ٣ - اضطراب الذاكرة وعنصر الخوف واضطراب في تحديد الزمان والمكان والأشخاص واضطراب في الوعي[2].

علائم الاقتراب من الإدمان الكحولي (جيللنك) ١٩٦٤:

Jellineck E. M.

● ١ - احتساء الخمر بانفراد بعيداً عن الجماعة كوسيلة للتهدئة والاطمئنان قبل الذهاب للاجتماعات العامة.

● ٢ ـ حدوث نوبة نسيان لأحداث اليوم السابق: Blackout.

● ٣ - فشل الإرادة والمقاومة في ضبط الحافز القهري نحو الخمر.

● ٤ - الالتجاء إلى الخمر مع بداية النهار تلافياً للأعراض الجسمية التي ترافقه.

خطوات علاجية:

● ١ - تطبيق أساليب العلاج السلوكي والاجتماعي والتأهيلي والنفسي الواردة (بنهاية هذا الفصل) والصالحة لكافة نوعيات الإدمان.

● ٢ - علاج الإدمان (بالمشفى) بعد (اعتراف المريض) بالتعاطي وتوقيف

---

(١) يكفي الشرب لمرة واحدة لكي تظهر الأعراض.

(٢) راجع د. عطوف محمود ياسين (علم النفس العيادي - الإكلينيكي) ص (٢٦٥ - ٢٧٢)/ ١٩٨١/ بيروت - دار العلم للملايين.
وراجع أيضاً [نوعيات الذهان المرتبطة بالإدمان] الفصل:
[ذهان كورساكوف الكحولي - ذهان فيرنيكه - ذهان المخدّرات الخ...].

الكحول مدى الحياة والبدء بالمعالجة المبرمجة، والكحول ـ عند البعض ـ هو مادة غذائية ولكنها فقيرة بالڤيتامينات.

● ٣ ـ إعطاء الڤيتامينات عن طريق الوريد أو العَضَلْ للمُصاب بمقدار (٦) حقن بمعدّل (حقنة يومياً) من ڤيتامين (ب) المركب.

● ٤ ـ العمل على إيجاد أصدقاء ورفاق وجماعة لتدعيم الصحبة الاجتماعية للمدمن حتى لا يعود للشرب من جديد بعد العلاج.

● ٥ ـ إعطاء بديل للكحول كالمهدّئات البسيطة مثل: الڤاليوم بكمية كافية للنوم من (١٠٠ ـ ٢٠٠) ملغم لأسبوع أو أسبوعين.

● ٦ ـ استخدام (الإمتين Emetine) و(الأبومورفين: Apomorphine كمواد مساعدة (للغثيان والقيء) مع استخدام الأسلوب السلوكي والتنفيري عند تقديم الخمور للمُدمن.

● ٧ ـ الإرشاد النفسي والتأهيلي المهني والإعداد لحياةٍ أفضل.

إدمان الأفيونات (الأدوية الصعبة)

تمهيد:

إن مشكلة هذا النوع من الأدوية هو (فائدتها واستعمالها الطبي) لتسكين الألم. وخطورتها تكون في (الإدمان) عليها وفي أضرارها وتأثيراتها الجانبية والإدمان عليها من النوع (الفيزيولوجي العضوي) المؤدي (لاضطرابات عضوية) ويكاد يكون (الإدمان النفسي) عليها معدوماً ومن أنواعها: Hard - Drugs.

● ١ ـ **المورفين**: ظهر على شكل حقن عام **١٩٥٣** وكان يستعمل عن طريق الفم منذ آلاف السنين عند البابليين.

● ٢ - **الهيروين**: يستخدم كبديل للمورفين لتسكين الآلام، وعلاج الهيروين يكون بمادة (الميثادون أو الفاليوم).

● ٣ - **الميثادون والبيتيدين**: تعطى عن طريق الوريد أو العَضَلْ.

أعراض الإدمان:

● ١ - تبرز أعراض الإدمان على الأفيونات بمجرد سحب المادة المدمنة من يد المُصاب وتكون الأعراض في البداية خفيفة ثم تزداد وتصل ذروتها بين ٢٤ ـ ٤٨ ساعة.

● ٢ - يرافق مرحلة البداية لسحب المادة المدمنة نوع من التوتر والنرفزة وعدم استقرار في المكان وكآبة. وبعد (٢٤ ـ ٤٨) ساعة تصل الأعراض إلى أعلى شدّتها ويصبح المُصاب كحيوان هائج يصاحب سلوكه تعرُّق شديد، وحكّة وسيلان أنف وآلام في الظهر والأطراف وغثيان وقيء وإسهالات وتثاؤب شديد قد يصل لحدوث انخلاع في المفصل الصدغي.

● ٣ - ارتفاع سكر الدم والضغط وازدياد النبض وقد يصل المصاب لحالة يأس واكتئاب وينعزل عن الناس ويمتنع عن الكلام والطعام ويتأثر بشدّة وسُرعة بأقل المنبّهات وأبسط الأصوات. وبعد (٦ ـ ٧) أيام تتراجع هذه الأعراض وقد تبقى الحالة سيئة لمدة شهرٍ أو شهرين.

● ٤ - يبقى المصاب مُتعلقاً بالمادة المدمنة وراغباً في العودة إليها ويميل أحياناً إلى العنف والخصام والجريمة للحصول على المخدّر.

٤ ـ إدمان الأفيونات [مركبات الكوكائين]:

● ١ - تستخدم مركّبات (الكوكائين) على شكل (نشوق عن طريق الأنف) أو (حُقن) أو بشكل (مضغ في الفم) وتستخرج من نبات الكوكا وغالباً ما يكون المدمن عليها متعاطياً للمورفين والكوكائين.

● ٢ ـ في البداية يشعر المتعاطي بتنبيه لكافة إحساساته وسُرعان ما يهبط ذلك الشعور ويعود المريض لما كان عليه قبل تناول المادة (صعود سريع وهبوط سريع) ثم رغبة في تناول المزيد للعودة إلى حالة اللذة.

● ٣ ـ يصاحب تعاطي هذه المادّة شعور المريض بهلوسات حسّية كشعور المريض (بديدان أو حشرات) تمشي تحت جلده؛ وهـذيـانـات اضطهادية وتخيُّلات.

● ٤ ـ إن المدمن على (المورفين) لا يحس بالهذيانات والهلاوس ولهذا يمكن تمييز المدمن على مركبات الكوكائين بشعوره بها وهذا إدمان وارد لمنطقة الشرق الأوسط من الدول الرأسمالية الغربية.

علاج الإدمان على مركبات الكوكائين:

● ١ ـ المنع الفوري لهذه المادّة وتحويل المريض لعلاج نفسي سُلوكي مُبرمج ومعزول عن الأسوياء من الأفراد.

● ٢ ـ عند ظهور الهذيانات والهلاوس يُعطي المريض المهدّئات الرئيسية مثل:

اللارجاغتيل ـ الكلوربرومازين ـ البروميتازين ـ البرومازين.

علاج إدمان الأفيونات:

● ١ ـ سحب المادة المُدمنة فجأة إن كانت (المورفين) وإعطاء بديل عنها وهو (الميثادون) ١٠ ـ ١٥ مغ/ عن طريق الفم لمـدة أسبوعين وتقليلهـا تـدريجيـاً حتى زوال وإيقـاف أعـراض السحب أو (اللارجاكتيل) ٧٥ ـ ١٥٠ ملغم باليوم لعدة أسابيع.

● ٢ - التخفيف التدريجي لمادة الإدمان مع إضافة بعض المهدئات البسيطة والحذر من عدم إدمان المصاب عليها بسحبها بالتدريج وبسرعة لتكون فقط كعامل مُساعد مع ضمان (التعاون) من المريض.

● ٣ - تفتيش جسم المريض للكشف عن (أمكنة الحقن الحديثة) حتى لا يحتال المصاب على الأطباء والعيادات المتعدّدة في أخذ المزيد من (حُقن المورفين) بحجة كاذبة أنّ حالته تتحسّنْ وذلك لأن علاج مريض من هذا النوع لن ينجح.

● ٤ - التفريق الدقيق بين (إدمان المورفين) و (إدمان الكوكائين) منذ البداية وقبل بدء العلاج لأنهما غالباً ما يختلطان أو يترافقان ويتم ذلك بالفحوصات المختبرية الدقيقة وملاحظة الأعراض السابقة الذكر.

المهدّئات والمنوّمات البسيطة كالبربيتورات والڤاليوم:

● ١ - تفْرُضُ هذه المهدّئات (نوماً اصطناعياً وتهدئة) لمن يعاني من القلق وهي شائعة في الحضارة التكنولوجية وكثيرة مثل (السيكونال - النيمبوتال - الاميتال وتعالج باللارجاكتيل أو الڤاليوم).

● ٢ - إذا زادت على ٦٠٠ ملغم يومياً فتكون خطرة وتخفيضها تدريجياً ضروري أو قطعها لآثارها الجانبية وأقل من ٦٠٠ ملغ/ يومياً لا خطر لها، وعند القطع لا يُعطي المصاب بديلاً.

● ٣ - يعتبر تنظيم ساعات النوم من أفضل أنواع العلاج (زماناً ومكاناً وكماً وكيفاً)؛ فلا تقل ساعات النوم يومياً على ثماني ساعات ويُحدّد بدء النوم ونهايته؛ وأن لا ينام أثناء النهار حين لا يجد ضرورة لذلك وينتظر ساعات النوم ليلاً.

● ٤ ـ عند انعدام النوم يحاول الفرد الاستلقاء والاسترخاء بهدوء والقراءة بكتاب أو قصة وإغماض العينين بعيداً عن الأصوات والضوء وعدم السهر الطويل أمام التلفزيون أو في المسارح والملاهي.

إدمان الإمفيتامين (المنشّطات) ومضادات الاكتئاب:

● ١ ـ يستخدم (الإمفيتامين) لتخفيف الشهية للطعام وتنحيف الجسم؛ وقبل اكتشاف الأدوية المضادة للاكتئاب استخدم ضد الكآبة، وبمجرد اكتشاف (قابليته للإدمان) أصبح استخدامه الطبي محظوراً إلا في حالات خاصة كحالة النوم الانتيابي.

● ٢ ـ يتصف إدمان الإمفيتامين بأن (كمية محدودة منه يحتملها المريض) وفي حالة تجاوزها تُحدث تسمُّماً أو موتاً في بعض الحالات.

● ٣ ـ تظهر الأعراض بارزة بعد (شهر أو سنوات) من الإدمان على شكل فصام فيه هلاوس وهذاءات واضطرابات في الشخصية وأعراض (ذُهانية نفاسيّة) وبالعلاج يعود المريض طبيعياً.

علاج إدمان الإمفيتامين: (بمجموعة الفينوثايازين والڤاليوم والليبريوم):

● ١ ـ عند ظهور (الأعراض الذهانية ـ النفاسيّة) تعطى المهدّئات الرئيسية مثل (الكلوروبرومازين) لفترة كافية وبكميات كافية ثم (يوقف الدواء) بعد ذلك.

● ٢ ـ يشترط عدم عودة المريض بعد العلاج إلى أخذ الإمفيتامين مرة ثانية.

إدمان المهلوسات كالحشيش ـ الماراوانا والـ: L.S.D

● ١ ـ تعتبر (مركبات القِنَّب: Canabis) الحشيش ـ الماراوانا من أشهر

المهلوسات انتشاراً وشيوعاً ومن الناحية الطبية ينقسم الأطباء بأخطارها فمنهم من يراها شديدة وآخرون يرونها بسيطة وهي (إدمان نفسي وليس عضوي).

● ٢ ـ بدأت بعض الدول الرأسمالية/ الغربية بالتساهل والسماح للشباب بتدخينها وتعاطيها رغم أعراضها (العضوية/ والنفسية). ومن أعراضها العضوية احمرار الوجه وسعال خفيف وتورُم في الحنجرة يؤدي لبحّة صوتيّة خفيفة؛ كما يحدث تضخم حسّي وشدّة كميّة في الذوق والملمس والشم واختلاط وتشويه إدراكي (سمعي ـ بصري) أي أن المريض يسمع الضوء ويرى الصوت على شكل (ازدواج وتداخل) في انطباعات الاحساس. وحالة ذهانية وتزداد بعد التعاطي الشهوة الجنسية، وعلاجها يتم بسحب المادة المهلوسة وتحويل المريض للعلاج النفسي والسلوكي.

إدمان الهلاوس الشديدة: .L.S.D (الماسكولين):

تعتبر مادة (الماسكولين: .L..S.D) من أخطر الهلاوس الماحقة وقد استخدمت (طبياً ونفسياً) في البحوث التجريبية للفصام والذهان لتكوينها (أعراض فصام اصطناعية) وتحمل امكانية إحداث فصام عند وجود (استعداد ذاتي) له عند الفرد كما استخدمت لتحرير المريض المنطوي لتشخيص حاله وإطلاق لسانه للحديث.

ومن أعراض هذا الإدمان:

● ١ ـ شعور المريض باضطراب في الأحاسيس وطيران وارتفاع في الجو وتحذير عام يعكس حالة استرخاء سعيد.

● ٢ ـ قد يقوم المُصاب بأعمال خطيرة وعنيفة أو يُقدم على الانتحار، ويتعلّق المريض بهذا النوع من الإدمان مع شعور بالقلق والرهبة والاكتئاب وتغيرات في الإدراك وتشويه بصري وسمعي ولمسي.

● ٣ ـ تحدث لهذا الإدمان (آثاراً جانبية) خطيرة كالهياج الذهاني وفقدان الهوية الشخصية وفقدان التوازن والانعزال عن الواقع.

العلاج: (بكل مضادات الذهان Anti Psychotics):

● ١ ـ قطع مادة الـ: .L.S.D وتوقيفها الفوري وتحويل المصاب للعلاج السلوكي والنفسي وعزله عن العاديين.

● ٢ ـ عند ظهور (الأعراض الفصامية والذهانية) يُعطى المريض (المهدئات الرئيسية الشديدة) مثل: السيرينيز ـ واللارجْاغتيل ـ البرومازين ـ الكلوروبرومازين ـ الأسبيرومازين ـ البروميتازين.

إدمان المواد النباتية كالقات:

● التعريف:

القات نبات ينمو في (الحبشة واليمن) ويتعاطاه المدمنون (مضغاً أو تدْخيناً) وتمّ عزل مادتين فعّاليتين فيه:

● ١ ـ القاتين (قات تورسيد وأيفيدرين).

● ٢ ـ السلاسترين.

أعراض إدمان القات:

● ١ ـ في البداية يشعر المتعاطي بالنشاط وحدّة الحواس وازدياد الحركة ثم يبدأ في (مرحلة الهبوط) فتهبط قدراته العقلية ويختل الوعي.

● ٢ ـ يحدث تشتُّت في الذهن وينعدم التركيز في التفكير ويُصاب المتعاطي بالكسل والخمول والوهن وفقدان الشهيّة وازدياد عدد مرات التبوُّل.

آثار ومضاعفات إدمان القات:

● ١ ـ ضعف المناعة وسوء التغذية وانهيار القيم الخلقية للمجتمع.
● ٢ ـ اللامبالاة والهروب من المسؤولية والإهمال والكسل.
● ٣ ـ تدني المستوى الاقتصادي والبطالة وضعف الإنتاج.
● ٤ ـ ضعف الثقة بالنفس وانهيار الروح المعنوية.
● ٥ ـ انتشار الكثير من الأمراض كالسل والزُّحار والدود.

علاج إدمان القات: (بنفس مضادَات الأفيون):

● ١ ـ المنع الكامل للقات وسحبه عن التعاطي والأسواق، وعدم السماح بترويجه وانتشاره.
● ٢ ـ عند ظهور بعض الأعراض الشديدة يُعطى المتعاطي بعض المهدئات البسيطة (كالڤاليوم والليبريوم).
● ٣ ـ يستخدم العلاج الاجتماعي والسلوكي النفسي والتأهيل المهني والإرشاد.
● ٤ ـ بنشر الوعي والثقافة الطبيّة والاجتماعية.
● ٥ ـ تخطيط وتنفيذ برامج إملاء الفراغ وفتح النوادي الرياضيّة والاجتماعية والفنيّة(*).

(*) تعتبر (حرب المخدّرات) التي تقودها (الدول الاستعمارية الامبريالية) في (بلدان العالم الثالث والشرق الأوسط) بشكل خاص أخطر من الحرب النووية والجرثومية والكيميائية لأنها توظف بجهود (إسرائيل والصهيونية العالمية) مئات المختبرات العلمية والمزارع والموانىء والمطارات والبنوك والشركات في الصين وفي مصر وفي اليمن وفي افريقيا ولبنان وأمريكا اللاتينية لإفناء الشعوب وبشكل خاص (الشباب).

المخدرات
تتفاقم في باكستان(*)

ذكرت دراسة أعدتها لجنة السيطرة على المخدرات في باكستان مؤخراً أن هناك مليونا وثلاثمائة ألف مدمن على تعاطي المخدرات في باكستان.

وقالت الدراسة التي أعدها عدد من الخبراء «إن مائة وخمسين ألف شخص أصبحوا في عداد المدمنين خلال السنتين الأخيرتين فقط. وهناك ما لا يقل عن خمسة عشر شخصاً من المدمنين يلاقون حتفهم شهرياً في مدينة «لاهور» عاصمة مقاطعة البنجاب.

وذكرت لجنة السيطرة المنبثقة عن الجمعية الطبية الباكستانية في تقريرها الأخير في لاهور أن أية حالة من الادمان على المخدرات لم تسجل عام (١٩٨٠) في أي من مستشفيات المدينة في الوقت الذي راجع تلك المستشفيات عام «١٩٨٦» ألف وأربعمائة مريض طلباً للعلاج من الإدمان بينما بلغ عدد الذين أدخلوا مستشفى لاهور للأمراض العقلية ألفاً وسبعمائة وخمسين شخصاً خلال عام «١٩٨٦» أيضاً.

وبينت الإحصائيات التي نشرتها لجنة السيطرة على المخدرات في باكستان خلال الشهر الحالي أن ما يزيد على «٣,٠٣» بالمئة من سكان المدن و«١,٣٧» بالمائة من سكان الأرياف في أنحاء باكستان قد وقعوا فريسة الإدمان على المخدرات.

وتقدر المبالغ المصروفة على تعاطي المخدرات في باكستان بحوالي «٣٣٣» مليون دولار سنوياً إضافة إلى «١٤٠» مليون دولار أخرى تصرف على التدخين.

ويقول أحد التقارير إن ما يزيد على خمسين مختبراً تم انشاؤها على

(*) البعث السورية ١٩٨٧/٥/٢٥.

الحدود الباكستانية الإيرانية تقوم بإنتاج الهيروين ليلاً ونهاراً فيما تتولى شركات منظمة من المهربين والمتعاونين معهم بنقل إنتاج هذه المختبرات إلى داخل باكستان.

وتعاني باكستان حالياً من موقف معقد بسبب وجود زراعة نوعين من المخدرات فيها هما خشخاش الأفيون والحشيش الفني.

وتواجه الحكومة الباكستانية مهمة غاية في الصعوبة وهي القضاء على مصادر تجهيز المخدرات حيث إن أيا من أفراد «المافيا» التي تضم أيضاً من الشخصيات المتنفذة لم يلق عليه القبض في جميع العمليات الحكومية للقضاء على تجارة المخدرات في باكستان.

الإباحية الجنسية تهدد العالم(١)

٨٠٠ مليون مصاب بالإيدز والسيلان والزهري والهربز والكلاميديا الجنسية ١٥ مليون فتاة أمريكية على علاقة جنسية محرمة مع آبائهن.

المرأة السودانية (٢)

لا تغار من الزوجة الثانية ولا ترفض تعدد الزوجات

٨٠٪ من جرائم فرنسا بسبب الخمور (٣)

أثبتت دراسة حديثة أن اعتمادات تحريم الخمر في الولايات المتحدة الأمريكية تفوق ميزانية الدفاع. أضافت نفس الدراسة أن ٨٠٪ من حوادث وجرائم فرنسا تقع بسبب تناول الخمور.

٤٨ مليون مدمن مخدرات في العالم:(٤)

دعت وكالة البريد التابعة للأمم المتحدة من خلال ستة أنواع من

---

(١) الشرق الأوسط/ لندن/ ١٩٨٧/٦/٢١.

(٢) نفس المرجع السابق.

(٣) نفس المرجع السابق.

(٤) نفس المرجع السابق.

الطوابع البريدية أصدرتها وتباع في نوافذ دوائر بريد نيويورك وجنيف وفيينا حالياً إلى مكافحة المخدرات.

وذكر أن وكالة البريد أصدرت مجموعة من الطوابع البريدية تحت شعار/ نعم للحياة... لا للمخدرات/.

من جهة ثانية أشارت منظمة الصحة العالمية إلى وجود ثمانية وأربعين مليون شخص مدمن على المخدرات في العالم.

الأساليب العلاجية الحديثة لنوعيات الإدمان

حجم المشكلة وخطورتها:

لقد أصبحت (مشكلة الإدمان) على الخمور والمخدّرات مشكلة العصر الحديث الرئيسية في البلاد الرأسمالية الغربية وبدأت تتسرّب بشكل مرعب لدول العالم الثالث ومنطقة الشرق الأوسط عبر الأسواق العالميّة والمطارات والموانىء ومنافذ الحدود. وقد بلغ عدد مدمني الخمر في الولايات المتحدة الأمريكية/ عام ١٩٧٢/ ٨٠٠٠,٠٠٠ شخص، بينما لا يعتبر الخمر في البلدان العربية مشكلة حقيقية نظراً لوجود (القيم الإسلامية الرادعة) التي تمنع من وجدان الفرد وضميره أي نوع من أنواع الإدمان. وقد ارتفعت نسبة المدمنين على الحشيش في مصر خلال العشرين سنة الأخيرة. وتزيد نسبة الرجال في العالم على النساء في الإدمان وتدل الاحصائيات الحديثة على ازدياد الإدمان عند النساء.

شروط العلاج الناجح:

- ١ ـ مدى التعاون من المريض ورغبته الصادقة في العلاج والشفاء.
- ٢ ـ درجة شدّة المرض ونوعية الإدمان ودرجة تماسك شخصية المصاب.

● ٣ - الترك التدريجي أو القطع النهائي الفوري للمخدّر.

● ٤ - أسلوب العلاج المناسب والمتناسب مع مصدر الإدمان.

● ٥ - تعاون المجتمع ومؤسساته والأسرة وأفرادها لمعاونة المصاب.

● ٦ - إدخال المريض رغماً عن معارضة (المشفى الخاص) أو (الوحدة المتخصّصة بعلاج الإدمان) دون تركه أو إهماله.

● ٧ - علاج (مضاعفات الانسحاب) وسحب المخدّر من البداية.

● ٨ - النظرة (الكليّة الشمولية) لعلاج الإدمان وعدم الاهتمام الجزئي بجانب واحد لهذه المعضلة وذلك بتطبيق أساليب علاجية متعددة كالأسلوب (الدوائي) والسلوكي والفردي - والتأهيل المهني - والجماعي - وغيرها).

خطوات وسبل علاج الإدمان:

يرتبط (الإدمان على المخدّرات أو الخمور) بشكل وثيق مع ظاهرة (الارتعاش الهذياني) الذي سبق أن أوضحنا أعراضه ومظاهره في (بداية هذا الفصل) وبعد جفاف جسم المصاب من المادة المخدّرة عند قطعها عنه وإبعادها تظهر عليه في (مرحلة الانسحاب) أعراض [الهذيان الارتعاشي أو الارتعاش الهذياني (D.T)] وبجانب [العناية الطبية الدقيقة] نقوم بما يأتي:

● ١ - تجنُّب إعطاء المدمن أي عقار مهدّىء من نوع الباربيتوريت التي تزيد من الإدمان والإغماء وإعطائه مهدىء حديث مثل الليبريوم (١٥ - ٣٠ ملغم) للجرعة الواحدة أو الڤاليوم: (١٠ - ٢٠) ملغم أو اللارجاكتيل (٥٠ - ١٠٠) ملغم كل (٤ - ٦) ساعات.

● ٢ - يُحقن المريض بوحدات صغيرة من الأنسولين (٣٠ - ٦٠) وحدة بالعضلة مما يحسّن شهيته ويتغلب على هُزاله؛ ويعطى كميات وفيرة من ڤيتامين ب المركّب وڤيتامين ج والغذاء الكاربوهيدراتي.

● ٣ ـ يعطى المريض سوائل وأملاح جسمية مناسبة لتمشية وظائف الكليتين والقلب؛ ونادراً ما تستخدم الصدمات الكهربائية لمواجهة الهذيان والقلق الحاد في تلك المرحلة.

١ ـ علاج الأنتابيوس: **Antabusetherapy**:

● **الأنتابيوس**: Antabuse:

هو مركب كيميائي يدعي: (داي سلفيرام Disulfiram) ودوره (إعاقة تمثيل الكحول) في الجسم؛ حيث إن بدء تمثيل الكحول بالجسم يصيب المدمن بُصداع شديد يدق الرأس بعنف ويحمر الوجه وتحتقن العينان ويحصل خفقان وشعور بالاختناق وضيق في الصدر والعُنق وهبوط في الضغط وشعور بالخوف والهلع في احتمال الموت وشُحوب وغثيان. ويتم هذا العلاج بخطوتين:

● أ ـ يعطى المريض حبوب الأنتابيوس (١ ـ ٢) غرام كل يوم لمدة ثلاثة أيام وفي الرابع يقدّم للمدمن (٢) أونس فقط من الكحول لإحداث الأعراض المذكورة وكل (١٠ ـ ١٥) دقيقة يعاد تقديم الخمر للمريض مع (تسجيل ضغط الدم والنبض) لاحتمال حدوث صدمة أو عجز في الدورة الدموية.

● ب ـ إقناع المريض بالإيحاء والحديث عن مساوىء الخمر أثناء العلاج ليصل لمرحلة الكف والإعراض عنه عن طريق (الشرط والاقتران) ومراقبة الضغط الدموي والنبض باستمرار حتى لا تحدث (جلطة قلبية أو صدمة حادة تؤثر على الدورة الدموية).

● ٢ ـ علاج الإدمان بالأبومورفين الشرطي: **Apomorphine Therapy**:
ويتم بالخطوات التالية:

● أ ـ يحقن المريض بغرفة العلاج بـ ٢٠/١ قمحة من الأبومورفين (٣ ملغم) في العضلة لإحداث القيء، دون تناول ماء أو طعام. وأثناء شعور القيء وحدوث الغثيان نحث المريض على تناول المادة

المخدّرة أو الخمر الذي يقدّم له كل ساعتين حتى يعجز عن تناول (قطرة) منه.

- ب ـ بعد مرور (٢٤) ساعة ينفر المدمن من تناول الخمر أو المخدّر رغم إلحاح الطبيب على تناوله لحدوث (ارتباط شرطي) بين مادة الإدمان والقيء والشعور المؤلم بفكرة احتساء الخمور.

- جـ ـ يمكن للطبيب زيادة مفعول (الأبومورفين) بإضافة كمية من شراب (الإيبكاكونا Ipecacuanha) ويجب عدم استعمال (الأبومورفين) إذا كان المصاب يعاني من قرحة المعدة أو هزال وضعف عام أو هبوط في وظائف الكلي أو تسمم في جوهر البول.

- **٣ ـ العلاج التنفيري للإدمان: Aversion Therapy:**

ويتم تنفير المدمن من الداء بأخذ المواد التالية وكما سبق ذكره:

١ ـ الإمتين Emetine وتسبب الغثيان والقيء.

٢ ـ البايلوكاربين Pilocarpine وتزيد التعرُّق والأعراض الانسجابيّة.

٣ ـ الإيفدرين Ephedrine يحافظ على مستوى ضغط الدم ونبض القلب وأثناء حقن الإبر يحث الطبيب المدمن على شرب الخمر أو تعاطي المادة المخدّرة ويعمد (الطبيب النفساني) الماهر لتحويل العيادة إلى (بار) مليء بالزجاجات الفارغة والأضواء الخافتة؛ ومع تكرار العملية يزداد الارتباط بين الرغبة في احتساء الخمر والنفور من المادة التي تثير الغثيان والقيء وطبقاً لقوانين (المنعكس الشرطي) يقلع المدمن عن عادته مع منع الطعام والشراب عنه منذ الصباح.

- **٤ ـ العلاج بالإبستيم: Abstem. T. (أوتيمبوسيل):**

- أ ـ الابستيم مركب كيميائي مثل (الأنتابيوس) ولكنه أقل ضرراً.
- ب ـ سريع النتائج خلال (٢٤) ساعة، والجرعة (٥٠ ـ ١٠٠) ملغم وباليوم (١ ـ ٢) أونس.

● ٥ ـ العلاج النفسي الجماعي:
ويتصف هذا النوع من العلاج للإدمان بالخصائص التالية:

● أ ـ يضع هذا العلاج المدمن في إطار جماعي مع آخرين مثله يعانون نفس المشكلة ويواجهه بالوقائع والحقائق مما يعطيه نفعاً ومزيداً من الإدراك لحالته.

● ب ـ يعرّفه بمواطن الضعف في مواقفه الحياتيّة ومواقف غيره من خلال الاختلاط والاحتكاك معهم.

● جـ ـ التركيز على (الضعف الإرادي) في شخصية المدمن ومعالجته.

● ٦ ـ العلاج النفسي الفردي:
ومن أهم خصائصه:

● أ ـ دراسة حالة المدمن كفرد مع استعراض تاريخ طفولته ومشكلته الإراديّة وشدائد حياته والوقوف على أسباب الإدمان كوسيلة للتعبير أو التهدئة وتقوية ثقته بنفسه.

● ب ـ استخدام الارشاد والتشجيع والتوجيه والتفاعل كوسائل للافصاح عن دوافع الإدمان وأبعاده.

● جـ ـ معالجة المشكلات العائلية أو (الوحدة) عند الفرد المدمن.

● ٧ ـ التأهيل المهني والاجتماعي:

Social and Vocational Rehabilitation

● أ ـ استخدام (العمل والمهنة) و(التدريب) كوسيلة علاج (فالفراغ والبطالة/ أو الإخفاق والفشل) في العمل الحالي هما الفجوتان اللتان يدخل منهما (الإدمان) لسلوك وحياة المصاب.

● ب ـ تبديل (مكان ونوع العمل الحالي) إذا كانت ظروفه أو طبيعته مغريّة أو مشجّعة على الإدمان.

- جـ - حث المريض على استخدام (الأنتابيوس) أو (الإبستيم) لأطول مدة ممكنة كي تستمر ردود الأفعال عنده ضد الخمر والإدمان.

- د - تشجيع المريض للانتساب للجمعيات الخيرية الخاصة بمقاومة الإدمان والخدمات الاجتماعية مثل:

- ١ - جمعية المدمنين على الخمر السرية: Alcoholic Anonymous.
- ٢ - جيش الخلاص المسيحي: Salvation Army.
- ٣ - جمعية الشبان المسيحية: Young Men Christian Association.

- هـ - إعطاء المدمن الفرصة للانتساب للنوادي الرياضية ومعسكرات العمل والرحلات والمسابقات والنشاطات الاجتماعية والثقافية والفنية والترفيهية.

السلوك الجنائي والطب النفسي الشرعي (*)

Forensic Psychiatry

خطة الفصل المنهجية

- التعريف/ المسؤولية القانونية والمسؤولية الجنائية/.
- التساؤلات عند دراسة الحالة العقلية.
- الحجز أو الوصاية على المريض العقلي.
- الطب الشرعي والقوانين المرتبطة به:
  - ١ ـ قانون الأحداث الجانحين.
  - ٢ ـ قانون التعقيم الاصطناعي الحر.
  - ٣ ـ قانون الإسقاط وإنهاء الحمل.
  - ٤ ـ قانون الانحرافات الجنسية.
  - ٥ ـ قانون الإدمان على المخدرات.
  - ٦ ـ قانون الانتحار.

(*) راجع: د. زياد درويش: /١٩٧٨/ جامعة دمشق: [الطب الشرعي].

الفصل الثاني عشر

السلوك الجنائي والطب النفسي الشرعي

Forensic Psychiatry

التعريف

وهو (فرع من فروع الطب النفسي) ويتناول حالة (المريض العقلي) وحمايته في الاهتمام بحقوقه ومسؤولياته المدنيّة وحرياته الشخصية ومسؤولياته الجنائية، والتأكد من درجة قصوره ومستوى وعيه وإدراكه؛ وضمان التشريعات القانونية التي تحدّد العقوبة والمسؤولية وتميّز بين الصحة والمرض والخلل والسلوك السوي حتى لا يقع المريض ضحيّة لعدم الفهم أو الاضطهاد الاجتماعي(*).

(*) تعتبر (الشريعة الإسلامية) رائدةً بين الشرائع والقوانين في إبراز حقوق (مرضى العقول) لا سيما في قضايا الزواج والإرث والطلاق والوصاية والانتحار والقتل وحُسن الرعاية والمعاملة والضمانات لهم في آيات وأحاديث صريحة. وقسمت الجنون إلى أربع درجات: (الجنون المطبق/ المتقطع/ الجزئي/ والعته وأثر المجالات البيئية فيه وأوضحت حالة الصرع والحصر القهري وغيرها... ودرجات الجرائم والجُنح والمسؤولية الجنائية لدى الكبار ولدى الصغار.

ويشترط في المسؤولية الجنائية والقانونية وجود العقل السليم. وقد انتشرت في معظم دول العالم (مجالس ومعاهد) للطب النفسي - الشرعي كما هي الحال في السويد والدانمرك وكندا وهذا ما يزال ينقص الكثير من دول العالم الثالث عامة والبلدان العربية خاصة قبل إصدار الحكم على المعتوه وزجّه في السجون أو المستشفيات العقلية دون تشخيص دقيق(*).

المسؤولية القانونية والمسؤولية الجنائية:

يعرّف القانون الإنجليزي المرض العقلي بأنه: «هو توقُّف أو عدم اكتمال في نمو الدماغ أو هو الاضطراب السايكوباتي أو أي اضطراب وعاهة عقلية ومن ضمنها التخلف العقلي». وبذلك يتناول (الطب الشرعي) الناحية القانونية والناحية العقلية عند إقدام المريض على سلوك جنائي يخرق به قوانين المجتمع وأعرافه بالقتل أو الإجرام أو الاعتداء مهما كان نوعه. وإن للمحاكم ودور القضاء في دراستها (للحالة العقلية للمريض) أن تضع التساؤلات التالية:

أ - هل يتمكن الشخص المريض من أداء الشهادة؟..

ب - هل هو مؤهّل للدخول في عقد أو اتفاق مدني كالزواج أو التجارة؟.

جـ - هل هو مؤهّل لتفهّم كل التزاماته القانونية؟.

د - هل يتمكن من كتابة أو إملاء وصيّته؟.

هـ - ما هو تشخيص الطبيب النفسي لحالته؟.

أما (المسؤولية الجنائية) فهي مسؤوليّة الشخص المتّهم ومدى استحقاقه لتلقّي العقاب. وقد حدّدت الشريعة الإسلامية وجوب المسؤولية الجنائية على: [البالغين/ العاقلين/ والمختارين في تصرُّفهم/ واستثنت المعتوه/ والسكران/ والطفل/ والمتخلف].

(*) راجع د. زياد درويش (الطب الشرعي) /١٩٧٨/ جامعة دمشق - سورية.

وقبل تحديد (**المسؤولية الجنائية**) لا بد للمحاكم والمؤسسات القضائية من طرح (التساؤلات التالية)؟.

أ - هل كان المتهم مصاباً بأي خلل عقلي (من أي نوع) أثناء ارتكابه الجريمة أو السلوك الجنائي (من أي نوع).

ب - هل يتمكن المتّهم من الدفاع عن نفسه حالياً.

جـ - هل يُدرك ما يقوله؟.

د - هل يستطيع الدفاع عن نفسه بعد علاجه العقلي أو النفسي؟.

هـ - هل هو مُصاب بتخلُّف عقلي؟ وما هي درجة تخلفه؟.

و - هل كان تحت تأثير مادة مخدّرة أو مادة سامة وما درجة ذلك؟

ز - هل يعاني المتّهم هلوسات أو أوهام؟.

ح - هل يعاني من اضطرابات وجدانية إلى حد الإخلال بنظرته إلى الناس والحياة؟.

ط - هل لديه تاريخ إصابة (بالصرع) أو نوبات (هسترية) مرتبطة بفقدان الذاكرة وغيرها؟ من صدمات على الرأس أو أذى؟ أو التهابات دماغيّة.

وأخيراً:

- هل هو مُتمارض وغير مريض؟.
- وهل سبق له سلوك جنائي وسجون وجريمة؟.

الحجز أو الوصاية على المريض العقلي في المستشفيات العقلية(*):

يتم الحجز للمريض العقلي طبقاً للاعتبارات التالية:

١ - تحرص (الدول المتقدّمة) أن يتم حجز المريض باختياره وحرّيته أو

(*) راجع د. عطوف محمود ياسين: سيكولوجية السلوك الجنائي (مجلة وزارة الداخلية الكويتية - عدد ٢٢ - ١٩٨١ - الكويت).

راجع أيضاً لنفس الباحث: السلوك الجنائي واتجاهاته: (مجلة الداخلية الكويتية - العدد - ٢٢٣ - ١٩٨٢ - الكويت).

باختيار أهله وذويه Voluntary Admission ويتم أيضاً إخراجُهُ بحريّة واختيار؛ وتستخدم بعض (دول العالم الثالث) أسلوب القسر والإكراه وأحياناً (مجرد الاتهام العشوائي).

٢ - لا يجوز إكراه المريض بالحجز إلا إذا شكّل خطراً على نفسه أو على حياة الناس ورفض العلاج الطوعي وكان مصدر ازعاج للغير.

٣ - تحجز المحاكم (الوصاية) على المريض الشاب تحت سن الثامنة عشرة فتعيّن له من أقاربه وصيّاً لرعاية شؤونه بناءعلى تقرير اللجنة (الطبيّة - النفسية) التي توصي بذلك بناءً على حالته.

الطب الشرعي والقوانين المرتبطة به:

١ - قانون الأحداث الجانحين:

أصدرت معظم الدول المتقدمة القوانين العادلة الخاصة بالأحداث الجانحين التي تختلف عن البالغين الكبار. فهي تراعي مرحلة المراهقة وظروف الأحداث النفسية والعائلية والاجتماعية والاقتصادية؛ وتهيء لهم معاملة خاصة ورعاية وأخصائيين نفسانيين في إجراءات الاتهام والتوقيف والعقاب والعلاج الإرشادي. والأمل كبير أن تتوصل الأقطار العربيّة إلى (قانون موحّد) للأحداث الجانحين وسياسة عادلة لرعايتهم وتوجيههم وعلاجهم.

٢ - قانون التعقيم الاصطناعي الحر:

أ - تمنح بعض الدول (الحرية) للمرأة بعملية إيقاف الإنجاب Sterilization وللرجل: Vasectomy عند وجود السبب والضرورة؛ مثل الهند واليابان والصين والباكستان والفيليبين وكندا والسويد وأوستراليا وانكلترا وأمريكا وغيرها. وتشترط بعض الدول وجود (مرض عقلي) أو (مرض خطير) عند أحد الطرفين في الأسرة للسماح بتلك العمليّة أو وجود (سلوك إجرامي أو انحرافات جنسيّة).

ب ـ هناك دول (تحرّم عملية منع الإنجاب) مهما يكن الإدمان أو المرض أو السبب خطيراً، وتحد بذلك من حريّة الفرد أو مسؤوليّته؛ وقد تترك أخطار الفرد وأمراضه دون ضبط تغزو المجتمع بأضرارها.

٣ ـ قانون الإسقاط وإنهاء الحمل: **Abortion**:

أ ـ تقف الكثير من (الدول الأوروبية) ضد فكرة (الإجهاض) وإسقاط الطفل ورغم ضغوط الأطباء والأمهات فقد وقف القانون والكنيسة والدول الكاثوليكية ضد هذا الإجراء الذي ترى (المرأة) أنه (حق طبيعي) لها؛ لا سيما حين تتوفر له (المبرّرات أو الأسباب الصحيّة والنفسية) ولا يوجد قانون يسمح علناً بذلك.

ب ـ هناك دُولاً لا ترى مانعاً من أن يتم (الإسقاط) في المستشفيات قبل (مرحلة تكوين الجنين) حتى لا يتحوّل ذلك إلى (عملية قتل للطفل) وبناء على (قرار لجنة طبيّة) تؤكد الضرورة والأسباب حتى لا يستخدم بعض النساء (الإسقاط) للسلوك اللاأخلاقي الذي تدعو إليه علناً (جمعيات حريّة البغاء النسائي) في باريس ونيويورك ولندن وسان فرانسيسكو وغيرها... مما يستدعي التحفّظ عند رجال القضاء وسلطات الأمن في كثير من الدول الأجنبية؛ رغم تشجيع العيادات الطبيّة (التجاريّة) له: Associations for Free Love and Free Prostitution. وحين يحيط (الإسقاط) شُروطه الصحيّة السليمة وضروراته ومبرّراته وأسبابه الخاصة؛ وسلامة دوافعه ونزاهة غاياته فإن (الشريعة الإسلامية) تُقرّه لمنع الضرر وعدم إحداث الضرر للغير طبقاً للقاعدة [لا ضرر ولا ضرار] وهذا ينطبق مع (المبرّرات النفسية ـ العقلية) التي أقرّتها الجمعية الطبيّة ـ النفسية الأمريكية عام ١٩٨٥:

أ ـ يجوز الإجهاض في حالة وجود عاهة أو تخلفاً عقلياً في مرحلة الجنين.

ب ـ في حالة ذهان النفاس المتكرر.

الأمراض العقلية الذهانية ـ النفاسية (العضوية)

Psychotic - Organic Illnesses

خطة الفصل المنهجية :

- تعريف المرض العقلي .
- تعريف المرض العقلي ـ العضوي ـ (النوعيات) :
  - ١ ـ الهذيان الحاد (التعريف/ الأعراض/ الأسباب) .
  - ٢ ـ الهذيان الارتعاشي (التعريف/ الأعراض/ التوقعات) .
  - ٣ ـ الهذيان تحت الحاد (الأعراض) .
  - ٤ ـ الاضطرابات الوجدانية بعد الحادة (الأعراض) .
  - ٥ ـ الفصام العضوي (الأعراض) .
- خطوات علاج الذهان الحاد .
- **ذهانات إضافية شائعة :**
  - الذهان العضوي المزمن (التعريف/ الأعراض) .
  - الأمراض الدماغية الذهانية وتصلب الشرايين (التعريف/ الأعراض/ العلاج) .

- أورام الدماغ ونوعياتها.
- صدمات الرأس وأعراضها وسماتها.
- تناذر الملاكمين (التعريف/ الأعراض وسماتها).
- الذهان الكحولي (التعريف/ الأعراض/ النوعيات/ العلاج).

- **نوعيات الذهان الكحولي:**
- التسمم الكحولي الحاد.
- هلاوس الكحول.
- الكحال أو الاندفاع الكحولي.
- أوهام الغيرة والاضطهاد.
- هوَس الشراب.
- مرض مارشيافانا ـ بينامي.
- الكحوليّة المزمنة: (نتائج الإدمان وسمات المدمن).

- **زهري الدماغ (السيفلس):**
- زهري السحايا والأوعية الدموية.
- الشلل الجنوني العام.

[التعريف/ التشخيص والأعراض/ العلاج].

- ذهان كورساكوف (التعريف/ الأعراض/ العلاج).
- ذهان فيرنيكة.
- ذهان البلاجرا.

- **الذهانات المرضية العضوية للدماغ:**

- ١ ـ التسمم بالفلزات.
- ٢ ـ خذلان الكبد.
- ٣ ـ مرض باركنسون.
- ٤ ـ حمى المخ السباتية.
- ٥ ـ ذهان العقاقير ومؤثراتها الجانبية.

- ذهان الحمل والنفاس (التعريف/ الأسباب الأعراض/ العلاج).
- إجهاض الحوامل (التعريف ـ المبررات).
- ذهانات الإدمان على الخمور والمخدّرات:
  - ١ ـ ذهان الحشيش.
  - ٢ ـ ذهان المورفين (الأفيون).
  - ٣ ـ ذهان الكوكائين.
  - ٤ ـ ذهان الإمفيتامين.
  - ٥ ـ العقاقير المهلوسة.

(*) راجع الفصل (١١) الباب (٥) عن (الإدمان) السابق: لارتباطه الوثيق بهذا الفصل: (١٣) الباب (٦).

الفصل الثالث عشر

الأمراض العقلية الذهانية ـ النفاسية (العضوية)

Psychotic Illnesses (Organic)

يقسم أطباء النفس هذه الأمراض إلى نوعين:

[١ ـ] أمراض (عقلية ذهانية عضوية): Organic Illnesses.

[٢ ـ] أمراض (عقلية ذهانية وظيفية): Functional Illnesses.

● **تعريف المرض العقلي:**

«المرض العقلي (الذهان): Psychosis هو المرض الذي يتناول كافة الاضطرابات الانفعالية والسلوكية والذهنية والشخصية بصفة عامة وتعكس حالات من الشذوذ وعدم التوافق؛ فهو اضطراب عقلي شديد وخلل شامل في الشخصية»(١).

---

(١) راجع د. عطوف محمود ياسين (علم النفس العيادي) ١٩٨١ ـ دار العلم للملايين (ص ٢٨١ ـ ص ٣١٥).

• تعريف المرض العقلي العضوي:

هو مجموعة الاضطرابات العقلية المرتبطة سبباً بأمراض جسمية واضحة يمكن إثباتها سريرياً بالفحوص الطبية ويطلق عليها أحياناً (النفسعضوية Psycho-Organic) ومن أنواعه:

• ١ ـ الهذيان الحاد (ذهان) Acute Organic Psychosis Delirium

• ٢ ـ الهذيان الارتعاش (ذهان) Delirium Tremens:

• ٣ ـ الهذيان تحت الحاد (ذهان) Sub - Delcrium State:

• ٤ ـ الاضطرابات الوجدانية بعد الحادة: Post Acute Affective Disorders

• ٥ ـ الفصام العضوي: Organic Schizophrenia

فالذهان العضوي على هذا (مرض عقلي ذو منشأ عضوي فيزيولوجي أو نيورولوجي ويرتبط بتلف جزئي أو كلي في الجهاز العصبي أو وظائفه وفعّالياته).

ومن مظاهر وأسباب المرض العقلي ـ العضوي ما يأتي:

• ١ ـ الالتهابات الدماغية (الحادة والمزمنة) Head Fevers

• ٢ ـ إصابات الرأس (كارتجاجات الدماغ) Head Injuries

• ٣ ـ التسمم الحاد أو المزمن بالأملاح أو العقاقير Intoxication

• ٤ ـ الاضطرابات الغذائية: Metabolic - Disorders

• ٥ ـ أمراض الغدد الصمّاء: (الدرقية والنخامية والكظرية).

• ٦ ـ أورام الدماغ والتلف فيه: Brain Tumours + Degeneration

• ٧ ـ اضطرابات النوم: Sleep Deprivation

• ٨ ـ ذهان الصرع: Epileptic Psychosis

• ٩ ـ ذهان الحمل والنفاس: Puerperal Psychosis

• ١٠ ـ أمراض جهاز الدوران والشرايين: Blood + Arteriopathy

• ١١ ـ أمراض الشيخوخة والخَرَف: The Aged Illnesses

نوعيات الذهان ـ العضوي الحاد:

[١ -] الهذيان الحاد: (ذهان): **Acute Delirium**

● التعريف:

وهو اضطراب عقلي ذهاني حاد، ناتج عن مرض عضوي حاد كالحمى العالية والتسمم وارتجاج الدماغ وحميات التيفوئيد أو التهابات الدماغ أو السحايا ويتسم بتشوش الوعي ويحدث فيزيولوجياً نتيجة الإرهاق الجسمي الشديد. وكانت حالات (الهذيان الحاد) تملأ أقسام وعيادات (الأمراض الباطنية) وبدأت تقل باكتشاف (الأكرومايسين والبنسلين والإيرثرومايسين).

الأعراض السريرية:

● ١ ـ تشوش الوعي والذهن وفقدان المريض التركيز والانتباه والتوجيه في الأماكن والأشخاص والجهات والوقت ويتوهّم أن المستشفى مقهى أو محكمة وأن الطبيب هو شرطي والممرّضة هي ابنتُه.

● ٢ ـ اضطراب في الذاكرة القريبة ـ الحديثة وسرعة في نسيان كل شيء وصعوبة في التفكير وإعطاء إجابات أو أحكام وكلام متقطّع ومفكّك.

● ٣ ـ هلوسات وتخيُّلات (بصريّة ولمسّية) لا واقع لها وغالباً ما تكون مخيفة وضخمة فقد يرى المصاب وحوشاً وأشباحاً وشياطين وقد تكون التخيُّلات Illusions على شكل (عقارب أو بعوض قارص مميت) تمشي على ذراع المريض أو (فُتات خبز) يتناثر على يديه إذا كان (خبازاً) وهذا ما يدعى (هذيان المهنة Occupation Delirium) ولا توجد هلاوس سمعية.

● ٤ ـ قلق وخوف وهلع واضح على وجه المُصاب؛ وعيونه جاحظة ومتأهبة ويصرخ طالباً النجدة من الممرّضين كأعداء ومسجّانين والمصاب (غير متعاون ويائس)؛ ويعاني المريض اضطراباً حركياً

يظهر في حركاته العشوائية المزعجة ورميه أغطية السرير والشراشف وتجنبه الضوء والزائرين وتقلُّبه من جنبٍ إلى جنب وعدم استقراره على حال.

- ٥ ـ تهبط (نوبة الهذيان) إلى حالة صفاء وهدوء قصير (Lucid Period) وتعود للهيجان والغموض والتشوُّش ويصاحبها (أعراض جسمية هُذائية) كارتعاشات في عضلات الوجه والشفاه ـ وعدم توازن حركي: Ataxia وتلعثم لفظي Slurred Speech ورؤية مزدوجة: Diplopia أو حَوَل: Strabismus ويصاحب ذلك ضعف في منعكس البؤبؤ الضوئي Sluggish Pupillary Reflection.

أسباب وعوامل إضافية لظهور الهذيان:

- ١ ـ عامل وراثي واستعداد بيولوجي ذاتي مرتبط بتكوين المُصاب وعدم قدرته على المقاومة.
- ٢ ـ عامل السن والعمر فقد تبيّن أن (الهذيان) يزداد عند الأطفال والكهول عموماً.
- ٣ ـ عامل المزاج والطباع التكوينيّة في شخصية المُصاب تؤثر لظهور الهذيان.
- ٤ ـ عامل الجهاز العصبي والخلل فيه أو نقص الدم أو الأوكسجين أو السكر أو الفيتامينات أو إصابته بالإرهاق أو الأمراض يُساعد في سرعة ظهور الهذيان.

[٢ ـ] الهذيان الارتعاشي (الذهان الكحولي): Delirium Tremens

- **التعريف:**

وهو مرض عقلي ذهاني ونوع خاص من (الهذيان الحاد) وغالباً ما يلازم (الكحوليين والمُدمنين) أو المصابين (بحوادث السيارات) بكسر أو صدمة أو مواجهة سلطات الأمن بعد الحادثة أو الانقطاع المفاجىء عن المخدّرات مثل: (الدوريدين ـ الباربيتوريت ـ الميثاكولون وغيرها . . .).

أعراض الهذيان الارتعاشي:

- ١ ـ إن معظم أعراض (الهذيان الحاد السابقة) تنطبق على (الهذيان الارتعاشي) مع تعرُّق شديد وجفاف البلعوم والفم وارتفاع الحرارة وقلّة البول.
- ٢ ـ الارتعاش السريع والدقيق في اللسان والشفاه واليدين وظهور (الهلاوس المرعبة) جداً: Horros والكوابيس الفظيعة.
- ٣ ـ الإغماء والاختلاجات وتسمى (صرع الكحول): Alcoholic Epilepsy.

وقد يفقد المُصاب بعد ذلك ذاكرته وينسى كل ما جرى[1].

توقُّعات مستقبلية للهذيان الحاد:

١ ـ احتمال شفاء المصاب بعد العلاج، وثبات الموت بين (٥ ـ ١٥٪) بسبب هبوط في عمل الكليتين أو القلب.

٢ ـ احتمال انتقال المصاب من (هذيان حاد) إلى (مرض عقلي ذهاني) كالفصام أو الاكتئاب أو الهوَس وقد ينتقل المريض من (هذيان حاد) إلى (ذهان عضوي مزمن هو ذهان كورساكوف).

[٣ ـ] الهذيان تحت الحاد: **Subdelirious State**

ويتسم بخاصّتين:

- أ ـ يتشابه مع (الهذيان الحاد) ولكنه أقل منه بدرجة الشدّة والحُدوث والوعي والقلق والخوف والذاكرة ويكون على أشدّه في (الليل).
- ب ـ يأخذ شكل (نوبات) من تشوّش إلى صفاء وبالعكس.

---

(١) لم تعد النظرة الطبية القديمة صالحة في تفسير (الهذيان) بأنه نقص فيتامين (ب) واضطراب كاربوهيدرولوجي؛ وأصبح التوقف المفاجىء لإدمان الخمور أو المخدّرات هو التفسير المقبول حالياً لظهور الهذيان كحالة ذهانية.

[٤ ـ] الاضطرابات الوجدانية بعد الالتهابات الحادة:

Post Acute Affective Disorders:

ويتسم بما يأتي:

- أ ـ هو هذيان مصاحب لالتهابات حادة كالانفلونزا أو الحصبة أو التهاب الكبد الفيروس أو الزُّحار الميكروبي.
- ب ـ يصاحبه تغيرات وجدانية عاطفيّة (كالكآبة الذهانية) بما فيها من صداع ويأس وعزلة وقلة شهية وشعور بالذنب وبكاء وأرق وتفكير بالموت ووسوسة.
- جـ ـ احتمال انقلاب الأعراض الشاحبة إلى أعراض (مرحيّة ـ هوسيّة) كالحركة وكثرة الكلام وهوس وشعور بالنشاط والسعادة وهذا الاحتمال نادر وقليل.

[٥ ـ] الفصام العضوي: **Organic Schizophrenia**:

- أ ـ الفصام العضوي Organic يختلف عن الفصام الوظيفي Function- al Schizophrenia .
- ب ـ الفصام العضوي هو (ذُهان عضوي حاد) وهو مصاحب للتشوش الفكري واضطراب الذاكرة وهذا ما يميزه عن الوظيفي (الشيزوفرانيا).

خطوات علاج الذهان الحاد: The Therapy of Acute Psychosis

- ١ ـ البدء بمعالجة (مصدر الداء) وهو علاج (المرض الجسمي) المؤدي للذهان سواء كان إصابة تيفوئيدية أو نقصاً هورمونياً في الغدّة الدرقيّة أو غيرها. وبذلك يكون (العلاج الدوائي) هو العلاج الحاسم في (المرض العضوي).
- ٢ ـ تزويد المريض بكمية من الأوكسجين تساعد الدم على الاحتفاظ

بحاجة منه وتزويده بالسوائل المناسبة التي تمنع حالة الجفاف وخاصة لأن نقص الماء Dehydration في الجسم يحدث في حالة الهذيان الارتعاشي.

● ٣ - تزويد المُصاب بكمية وفيرة من فيتامينات (ب) المركب: B. co وفيتامينات ج. «C» كما يوصي الأطباء باستخدام حقن (البارانتروفيت Parentrovite) (٢ - ٣) مرات يومياً.

● ٤ - استخدام بعض الأدوية المهدّئة مثل:

● أ - مركبات الفينوثايازين (اللارجاكتيل أو الميلليريل) لمفعولها الجيد مع الهذيان بشكل حقن عضلي (١٠٠ - ١٥٠ ملغم) كل (٤ - ٦) ساعات، ويمكن استخدام الأقراص أو السوائل كبديل للحقن وتقليلها تدريجياً.

● ب - إعطاء المهدئات الخفيفة كالفاليوم والليبريوم بشكل حقن (١٠ - ٣٠) ملغم كل (٤ - ٦) ساعات.

● جـ - تجنُّب (حقن البارالديهايد بالعضل) لإحداثها دمّلات وآلاماً ويفضّل عليها عقار (كلورال هايدريت) بمقدار (٢ - ٣) غم بالفم.

● د - تجنُّب مهدئات (البرومايد) و(السيكونال) لأنها تزيد التشوش الفكري والاضطراب وكذلك (المورفين) ما لم يُخلط مع (الهايوسين Hyoscine) بمقادير دقيقة.

● ٥ - يعطى مريض الهذيان (سوائل) عن طريق (التنقيط بالوريد)؛ وفي حالة (الهذيان الارتعاشي) يعطى محلول كلوكوز ١٠٪ بمقدار ١ - ٢ لتر مخلوط مع محلول السيلاين N.Saline بشكل تنقيط وريدي.

● ٦ - في حالة (الهذيان الارتعاشي) وعدم استجابته للعلاجات السابقة تستخدم (الصدمة الكهربائية) لبضعة مرات كمحاولة أخيرة.

● ٧ - يفيد حالة الهذيان استخدام (مركبات الكورتيزون) وخلاصة الغدّة النخامية الأمامية (Acth)؛ وكذلك مركب (الكلورميثيازول Chlormethiazole) ويعطى بمقدار (٥ - ٦غ) باليوم.

ذُهانات إضافية شائعة

الذهان العضوي المزمن Chronic Organic Psychosis

● التعريف:

هو اضطراب عقلي ناتج عن مرض عضوي دماغي واضح ولا سبيل لإيقافه أو عكس مجراه ويبدأ بشكل بطيء ومُزمن.

أعراض الذهان العضوي المزمن:

● ١ - توجد (أعراض تشخيصيّة تفريقيّة) تميز (الذهان العضوي) عن (الذهان الوظيفي) وهناك (سمات مشتركة) بينهما تتناول الأعراض (العضوية - والذهنية - والشخصية - والوجدانية - والعقلية).

● ٢ - أعراض عضوية كإصابات في الأعصاب القحفية وأنواع الشلل والصرع والإغماءات وتصلب الشرايين وارتفاع (ضغط الدماغ الداخلي وغيرها).

● ٣ - تغيرات ذهنية كاضطراب الذاكرة والتركيز وتشتت الذهن.

● ٤ - تغيرات في مزاج الشخصية وتماسكها من إهمال أو حقد أو تسامح أو غَضَبْ.

● ٥ - اضطراب عُصابي ورُعب وحساسية وتحولات حصرية - قهرية.

● ٦ - اضطراب فصامي تسوده الهلاوس والأوهام والأفكار الاضطهادية.

● ٧ - اضطرابات عقلية ووجدانية تصل إلى حد الاكتئاب الذهاني والهوس الحاد.

الأمراض الدماغيّة الذهانيّة

تصلّب الشرايين الدماغية: Cerebral Arteriopathy:

● **التعريف:**

وهو مرض تنخري بطيء ومستمر في خلايا الدماغ نتيجة تحوُّلات مرضية في جدران الشرايين الدماغية مع احتمال ارتفاع بضغط الدم فيها يؤدي إلى تضيق في مجرى الشرايين وقلة وصول الدم والغذاء والأوكسجين إلى مادة الدماغ. ويصيب الرجال أكثر من النساء من العمر (٥٥ ـ) فما بعد.

الأعراض:

تبرز الأعراض نتيجة لحالتين:

● أ ـ ترسب دهني يزيد ثخن جدران الشرايين الدماغية أو يعرّجها ويضيِّقها ويحدث نقص دموي دماغي بؤري كالنخر والموت الخلوي Cerebral Ischaemia and Focal Symptoms.

● ب ـ ارتفاع ضغط الدم وتخريب الغلاف الأوسط للشرايين واحتمال حدوث انفجار داخلي ونزيف من جدران الشرايين: Internal Bleeding.

وأبرز الأعراض هي:

● ١ ـ أعراض بؤرية تتمثل بتخريب موضعي دماغي واختلاجات موضعية من نوع (جاكسون) أو فالج ببعض الأعصاب القحفية أو العينيّة أو خرس Aphasia أو خلل حركي Apraxia أو عدم إدراك عقلي Agnosia أو شلل في أحد أطراف الجسم.

● ٢ ـ صداع غامض داخل الجمجمة (ثقل في الرأس Fullness) ودوار

Dizziness وصعوبة تركيز وعدم تذكر للأسماء وضباب ذهني وتشوُّش فكري وقلق وتهيج سريع وانفعال متقلب وسريع واكتئاب وتقلب وجداني وبكاء وعدم ارتياح وشعور بالعداء والأوهام.

● ٣ - احتفاظ الشخصية بنوع من التماسك حتى يصل مرض تصلُّب الشرايين لآخر مراحله فيبدأ عندها (المد والجزر) في الأعراض من التشويش إلى الصفاء والعكس: Fluctuation.

علاج تصلُّب الشرايين الدماغية:

● ١ - إعطاء المريض الأدوية الموسّعة للشرايين لتسهيل جريان الدم وأهمها (السايكلوماندول: Cyclomandol) بمقدار ٢٠٠ ملغم ٣ - ٦ مرات باليوم. وتزويد المريض بكمية كافية من الڤيتامينات وخاصةً في فترات التشويش.

● ٢ - عدم استعمال الأدوية (المانعة للتخثُّر Antico Agulants) نظراً لمضاعفاتها الخطرة وآثارها الجانبية والاستعاضة عنها بالأدوية الخافضة لضغط الدم على أن لا ينخفض الضغط الواطيء Diastolic إلى تحت ١٠٠ درجة زئبقية.

● ٣ - استخدام الأدوية المهدئة في حالة التهيج والقلق، والأدوية الطاردة للاكتئاب في حالة الاكتئاب والمراق (الوسوسة) والأدوية المنومة في حالة الأرق؛ وفي حالة الاختلاجات الأدوية ضد الصرع.

● ٤ - العلاج الاجتماعي التأهيلي لإحاطة المصاب بالجماعة وإشعاره بعدم الإهمال وتشجيعه وربطه بالعائلة وبناء علاقات اجتماعيّة مع رؤسائه وزملاء عمله وإشعاره بالروابط والثقة والاطمئنان النفسي.

● ٥ - في حالة الاقتراب من درجة العته والشيخوخة لا بدّ من إدخال المريض المستشفى لضمان رعايته بشكل دقيق ومُناسب.

أورام الدماغ

تؤكد البحوث الطبيّة والتشريحية وجود (نوعيات عديدة لأورام الدماغ) ناشئة من المادة الحشوية أو السحايا أو الغدّة النخامية وفي المرحلة الأخيرة تصل الأورام لحالة خمول وبطء وغباء وعته وربما إغماء وموت ما لم يباشر بالعلاج؛ وأبرز أنواع أورام الدماغ هي :

- ١ ـ **أورام الفص الصدغي للمخ:** وقد تؤدي لنوبات صرعية أو سيكوسوماتية وقد يؤدي لاضطرابات بصرية أو خرس نطقي أو أعمال إجرامية.

- ٢ ـ **أورام الفص الجداري:** وقد تؤدي لاضطرابات في الإدراك العقلي وكيفية الاحساس (كالوزن والمسافة والاتجاه وارتداء الملابس والذاكرة والفوارق) ومن أشهر أعراضها (تناذر كيرشتمان -Gerst man Syndrome) الذي يتسم بعدم معرفة الأصابع واضطراب العد والحساب والأشكال.

- ٣ ـ **أورام المنطقة الجبهيّة للمخ:** ويصبح المصاب فيها لا مبالياً ولا يشعر بالمسؤوليّة ويحدث لديه تغير سلوكي ظاهر يميل إلى اللااجتماعية والعدوانية وبعض أعراض عقليّة ويمسك المصاب بيد الفاحص ويقبض عليها بشدّة.

صدمات الرأس: Brain Injuries and Concussion:

يرافق ارتجاج الدماغ: Concussion أعراض عديدة أهمها:

- ١ ـ أعراض الارتجاج الحاد كالهذيان والتشوش والإغماء والتهيج والاضطراب.

- ٢ ـ هذيان يحدث بعد الارتجاج أو نتيجة التهابات أو تسمم أو حادثة.

● ٣ ـ أعراض متأخرة بعد شهر أو سنة من الصدمة وفيها صُداع أو قلق اكتئابي أو ذهان كورساكوف وخَرَفْ بعد الصدمة أو صَرع أو (تجمع دموي تحت الأم القاسية).

تناذر الملاكمين: Punch- Drunk Syndrome

● التعريف:

هو ارتجاج أو تحول باثولوجي دماغي وخلل نتيجة الضربات المتتالية على الرأس. (غولد شتاين GoldStein) ومن سماته:

● ١ ـ بطء في التفكير وتدهور في الذكاء والذهن واضطراب في المفاصل والعضلات وعدم توازن في المشي والكلام وارتعاش وارتجاف في الأطراف تشبه مرض (باركنسون).

● ٢ ـ اضطراب في السلوك العام واحتمال تخريب دماغي: Brain - Damage وينتج عن ذلك عدّة أعراض:

● أ ـ الرجع المأسوي: Catastrophic Reaction حيث يحاول المصاب التكيف لكن الخوف والغضب والصياح والحركة والحماية والذهول والمعاكسة وسرعة النبض والارتعاش والبكاء تظهر عليه بشكل (لا إرادي) كردود أفعال تجاه عجزه.

● ب ـ التأثر الشديد والسريع بالمنبهات المثيرة والحوافز الخارجية.

● جـ ـ حماية زائدة للنفس: يحاول المصاب حماية نفسه فيبتعد عن الناس ويرتب أموره ويلجأ إلى الروتين والنظام ويسمى هذا الالتزام والتقيُّد (النظام العضوي: Organic Orderliness).

● د ـ الميل الفكري نحو الجمود والسطحية: Concreteness (غولدشتاين ـ بابكوك ـ اتجشتالتيون).

الذهان الكحولي : Alcoholic Psychosis

● التعريف:

وهو (ذهان) نتيجة لتراكم الكحول الأثيلي Ethyl Alcohol في الدم كمظهر سلوكي لاضطراب في الشخصية، وهو غذاء يزود الجسم بالسعرات الحرارية فهو طعام بالمفهوم الفيزيولوجي ولكنه في الحقيقة (مادة سامة). ويتراوح الكحول في البيرة بين ٣ - ٥٪ ويصل في الجبن والبراندي والويسكي من ٣٠ - ٦٥٪ وفي العَرَق بين ٧٠ - ٧٥٪ ويؤدي الكحول لتخريب غشاء المعدة وأنسجة الكبد والقلب والدماغ والكليتين.

الأعراض والنوعيات:

● [١ -] التسمم الكحولي الحاد: Acute Alcoholic Intoxication:

ويتسم بالخصائص التالية:

● أ - تظهر أعراض التسمم حين تصل نسبة الكحول في الدم ٠,٢٪ ملغم للسنتمتر المكعب ويصل المدمن للوفاة حين تزيد نسبة التركيز على ٠,٠٥٪.

● ب - في البداية يُحدث الكحول نشاط مؤقت وسعادة وحماس ثم يهدّىء من فعاليات قشرة المخ ويسود شعور المدمن سرور أو حزن وبكاء واكتئاب وفقدان للتوازن ودُوار وتأرجح لتأثير الكحول على مراكز الدماغ الخلفية واحتمال غثيان وقيء. ويتلعثم اللسان وقد يحدث إغماء وانحلال عضلي واختلاج صَرَعي واقتراب من السلوك الإجرامي والعدوان والانتحار.

العلاج:

● ١ - غسيل المعدة الفوري والعلاج الطبي وتزويد المصاب بالسوائل والأوكسجين والهواء النقي الحر للمجاري التنفسيّة وضمان جريان البول وخروج الغائط والمنبّهات.

● ٢ ـ إعطاء المصاب (١٠ ـ ٢٠) وحدة آنسولين مع الكلوكوز المركّز مع التأكد بعدم وجود أمراض عضوية عند المصاب مثل كدمات الجمجمة أو قصور القلب أو قصور الكليتين أو ذات الرئة أو التجمع الدموي تحت الأم القاسية حتى لا تزداد حالته سوءاً.

● ٣ ـ استخدام مهدئات مثل اللارجاكتيل بمقدار (٥٠ ـ ١٠٠) ملغم أو ٥٠ ملغم حقنة بالعضلة بحالة هياج المريض والفوضى في سلوكه.

● [٢ ـ] هلاوس الكحول: Alcoholic Hallucinations

وهي حالة نادرة الحدوث ونتيجة لمضاعفات الكحول يصاحب المصاب فيها أصوات وخداعات بصرية كأصوات أصدقاء أو أعداء وأفكار اضطهادية وتزول الأعراض إذا ترك المصاب احتساء الخمور.

● [٣ ـ] الكحال أو الاندفاع الكحولي: Dipsomania

وهو نوبة عارمة لاحتساء الخمر بكميات كبيرة وكأنه في حالة ظمأ يعقبه نوم طويل وغالباً ما يكون وراءه هوس أو كآبة دوريّة أو صَرع، وعلاجه المنع والحجر على المصاب وإعطائه مهدئات طبية كما هي في حالة الهذيان الحاد.

● [٤ ـ] أوهام الغيرة والاضطهاد: Delusions of Jealousy:

وبها يصاحب إدمان الكحول شكوك المصاب بزوجته وعائلته وضرب الزوجة واتهامها بالزنا والرذيلة والخيانة وانهيار الطاقة الجنسية للمصاب وحدوث (العنّة) لديه مع أوهام اضطهادية قد تقود إلى الفصام.

● [٥ ـ] هوَس الشراب: Mania A Potu:

وهو شرب قليل يتبعه هياج وتشوش وتحوُّل لعدوان إجرامي ويدعى (السُّكر الشاذ Pathological Drunkeness) وقد تكون الحالة سلوك سيكوباتي أو صَرع أو إصابة وأذى على الرأس.

● [٦ -] مرض مارشيافانا - بينامي Marchiafana Begnami Disease :

ويَسود بين شاربي الخمر الأحمر غير النقي؛ ويصاحبه هذاء ووعي مشوّش وانحلال في الشخصية ثم خَرَف.

● [٧ -] الكحوليّة المزمنة: Chronic Alcoholism :

تؤكد دراسات التحليل الكيميائي الحياتي وجود تأثير مباشر بين الكحول وبين الهرمونات الجنسية وإفرازات الغدة النخامية وهذا ما يفسّر الاضطرابات السلوكية والجنسية والأعراض الانسحابية للكحول (مندلسون ١٩٧٦). وأبرز الأعراض الانسحابية الإدمان الكامل وعدم قدرة المصاب على الاستغناء عن الشرب وتستخدم (مهدّئات تعويضية) كالكلورميثيازول أو الليبريوم أو اللارجاكتيل أو الهيمينيفرين Heminevrin.

نتائج الإدمان وسمات الشخصية الكحولية:

● ١ - تخريبات عضوية كالتهاب المعدة المزمن وسوء الهضم والغثيان والقيء والتهاب الكبد وتشمُّعه والصرع والتهاب الأعصاب المحيطة ومرض العضلات الكحولي: Alcoholic Myopathy وفقدان التوازن.

● ٢ - اضطراب وخلل الذاكرة؛ وفقدان الهوايات والطموح؛ وانهيار الإرادة الذاتية أمام ضغط الكحول أو المخدّر وإخلاف المواعيد والفشل في العلاقات الاجتماعية.

● ٣ - تدهور الكفاءة الإنتاجية للموظفين والعاملين وانحطاط القدرات الذهنية والجسمية.

● ٤ - الشكوك والأوهام واتهام الزوجة بالخيانة والمشاكسة والعدوان والميل إلى الانتحار والجرائم؛ واحتمال خرف كورساكوف أو الخرَف الكحولي.

زهري الدماغ (السيفلس): Neuro - Syphilis

- [١-] زهري السحايا والأوعية الدموية.

- [٢-] الشلل الجنوني العام

- **التعريف:**

وهو مرض يهاجم أنسجة الدماغ بميكروب الزهري الحلزوني Spriochaete ويدخل الجسم عن طريق (الاتصال الجنسي) أو بمجرد ملامسة أعضاء أو حاجيات المُصاب فيه فهو ينتقل بالعدوى ورغم أن ميكروب الزهري شديد الانجذاب للجهاز العصبي ولكن إصابته بالميكروب ليست القاعدة.

الانتشار والنوعيات السريرية:

يسير هذا المرض جنباً إلى جنب مع (مرض الأيدز: Aids) المعاصر بين الشباب والشابات من (الهيبّيز والخنافس) في أمريكا وبريطانيا بالذات وفي أوروبا وجنوب شرق آسيا وأوستراليا عموماً نتيجة للإدمان على المخدّرات والكحول والعلاقات الجنسية المفتوحة التى تدعى: الحب الحر: The Free Love ومن أهم أنواعه:

- زهري السحايا والأوعية الدموية.
- الزهري الحشوي لمادة الدماغ.
- الشلل الجنوني العام.
- هزال الظهر (الخراع).
- شلل الأحداث الجنوني. وسنتناول أكثرها أهمية:

[١ -] زهري السحايا والأوعية الدموية:

● **التعريف:**

وهو التهاب مزمن في سحايا وأغلفة وشرايين الدماغ مما يؤدي إلى تخثر أو قلة جريان الدم في موضع الالتهاب وتحدث الإصابة خلال (٣ شهور - ٥ سنوات) بميكروب يدخل الجسم.

التشخيص والأعراض:

● ١ - يعتمد التشخيص على وجود بؤبؤ أرجيل - روبرتسون وظهور الأعراض التالية مع وجود (تعامل موج في الدم) وفي (سائل النخاع الشوكي) لفحص (واسرمان - كان: Wasserman - Kahn) أما فحص (لانكيه Lange Test) لسائل النخاع الشوكي فيعطينا شكل يدعى (المنحنى الزهري: Luetic Curve) أي أن القراءات العليا للتفاعلات تكون في وسط المنحنى «١١١٤٥٥٤٢٣».

● ٢ - الصداع والدُّوار أو عدم استجابة منعكس البؤبؤ (علامة بؤبؤ ارجيل - روبرتسون Argyle- Robertson Pupil) وقد يصاب المريض بنوبات جاكسون الصَّرَعية وشلل بأحد أطراف الجسم.

● ٣ - نوبات من التشوش الفكري وضعف التركيز والذاكرة والتهيُّج ونفاد الصبر وعدم التحمُّل والخمول والكآبة.

العلاج:

● ١ - استعمال مركبات البزموث واليود.

● ٢ - البنسلين بمقدار (مليون وحدة) لمدة (١٢) يوماً على الأقل.

[٢ -] الشلل الجنوني العام

● **التعريف:**

هو التهاب دماغي في (المادة الحشوية) ذاتها وهو التهاب زهري: Syphilitic Encephalities.

الأعراض:

- ١ ـ يحدث للرجال أكثر من النساء بين السن (٤٠ ـ ٥٥) ويكون موتاً تدريجياً لخلايا الدماغ في الجبهة والصدغين مع تلعثم في الكلام وصُداع واضطراب في أوتار المفاصل Tendon Reflex وشلل في الأطراف وارتعاش في اللسان والوجه والشفاه، وقد تظهر نوبات صرع مفاجئة.

- ٢ ـ احتمال حدوث ارتباك حركي: Apraxia وأحياناً خرس دماغي ويتحول شلل الأطراف إلى شلل عام مع سلس بول وغائط.

- ٣ ـ تدهور عام في القدرات العقلية وسلوك أحمق وألفاظ قبيحة ويصبح المصاب ضعيف الإدراك يشعر بالكبرياء وبارانويا العظمة والغرور Euphoria ويفقد المريض ذاكرته ويهمل نفسه وملابسه ومظهره، ويصبح من الصعب جداً التعامل معه ويبدأ بالتخريف.

التشخيص والتوقُّعات:

١ ـ وجود تعامل واسرمان الموجب في الدم ٧٠٪ من الحالات مع تدهور الشخصية عقلياً وسلوكياً وسير بطيء للمرض.

٢ ـ استطاع البنسلين شفاء (٢٥٪) من الحالات ويبقى الشلل الجنوني العام مرضاً خطيراً.

العلاج:

- ١ ـ العلاج بالبنسلين البلّوري من (١٢ ـ ٢٠) مليون وحدة بمعدّل مليون يومياً أو استخدام (الأوروماييسين: Aureomycin).

- ٢ ـ مركبات البزموث واليود وهي أقدم استعمالاً من البنسلين.
- ٣ ـ العلاج بالحمى Fever Therapy برفع درجة الحرارة إلى (١٠٦) فهرنهايت ويقابلها ٤١ مئوية لأن الحرارة تقتل ميكروب الزهري ويتم ذلك بإحدى طريقتين:

• أ - حقن عضلي بكمية قليلة من دم مصاب بالملاريا أو تمرير بعوضة (الأنوفيليس) الحاملة للطفيليات على جسمه.

• ب - وضع المريض داخل جهاز يرفع درجة جسمه ويسمى بالجهاز الحراري (Hypertherm).

• ٤ - استخدام مضادات الكآبة في حالة الكآبة والمهدئات في حالة الهياج والاضطراب وفي حالة الهياج الشديد والكآبة يوصي الأطباء باستخدام الصدمات الكهربائية.

ذهان كورساكوف:

• التعريف:

هو مرض عقلي ذهاني عضوي وأحد مضاعفات الارتعاش الكحولي ويتسم بالتدهور العقلي والذهني والنسيان ونتيجة الإدمان على الكحول أو التسمم بالرصاص أو أوكسيد الكربون أو نتيجة صدمة دماغية أو نقص الڤيتامينات ويُحدث اضمحلالاً وضموراً بخلايا الدماغ وحالات من التلُّيف الثانوي.

الأعراض:

• ١ - اضطراب الذاكرة وتشوش بمعرفة الأيام والتواريخ والوقت وكثرة النسيان.

• ٢ - اختلاق المعلومات وسرد قصص كاذبة خيالية والانفصال عن الواقع وعدم معرفة الأقارب والغرور والمباهاة وسهولة انقياد المُصاب.

العلاج:

• ١ - ضرورة السرعة بالعلاج حتى لا يصبح المرض مزمناً ويتحوّل إلى (خرَف تام). وتزويد المريض بڤيتامينات من مجموعة (ب: B) وعامل: pp.

● ٢ ـ التمارين الجسمية والعلاج الفيزيائي والطبيعي للعضلات والأطراف التي أصيبت بالارتخاء والضعف نتيجة نقص الڤيتامينات واستخدام المسّاجات.

ذهان فيرنيكه:

● **التعريف:**

وهو ضمور وموت في خلايا القسم السفلي للدماغ نتيجة نقص ڤيتامين (ب: B) وهذا النقص الغذائي عند المندمنين يحدث نزيف شعري دقيق بساق الدماغ وتحت المهاد.

الأعراض:

● ١ ـ اضطراب التوازن وبروز النقص في ڤيتامين (B).

● ٢ ـ هذيان وهلاوس وفقدان في الذاكرة وارتباك في التوجيه وضباب في الوعي وضعف أو شلل في العين الخارجية.

ذهان البلاجرا:

● **التعريف:**

هو ذهان غذائي تمثيلي لنقص ڤيتامين النيكوتين أمايد أو عامل: pp.

الأعراض:

● أ ـ اضطراب معوي وإسهال أو قيء وهذيان وضعف تركيز.

● ٢ ـ خلل في الذاكرة والتهابات جلدية وحساسيّة وحكّة.

الذهانات المرضية العضوية للدماغ:

● [١ ـ] التسمم بالفلزات:

● أ ـ يعتبر التسمم بالزئبق أو مركباته مثالاً لها ونتيجة للأطعمة الملوّثة كالأسماك وغيرها.

● ب ـ يعاني المصاب اختلاجات وتشنُّجات وارتعاش وتداخل في الكلام وأحياناً احتباس في النطق وعدم الرؤية أو الطرش والصراخ والأرق والتهيج السريع وعدم الاستقرار والصُداع والنوبات الهسترية والتهاب الفم وارتخاء عضلي وشلَلْ.

[٢ ـ] خذلان الكبد:

● أ ـ يحدث خذلان الكبد نتيجة عدم قدرة على الأداء لأمراض تصيبه كالسموم والالتهابات والتشمُّع ويحدث ارتعاش رفيفي يعاني منه المُصاب.

● ب ـ خمول ونعاس واضطراب في النطق وتدهور في التركيز وإغماء.

● [٣ ـ] مرض باركنسون:

● أ ـ يحدث نتيجة تصلب الشرايين ونقص الدم أو نخر الخلايا السنجابية داخل المخ. وينقلب سلوك المريض كطفل صغير.

● ب ـ حدوث نوبات اكتئاب وقلق وتعب سريع وخَرَفْ.

● [٤ ـ]حمى المخ السباتية:

● أ ـ تحدث نتيجة إصابة ڤيروسية لأنسجة المخ وتؤدي لهذيان وصداع واضطراب في النوم وهلاوس واكتئاب وقلق.

● ب ـ هياج جنسي أو عنّة وميل للسمنة وسكوت سيكوباتي واندفاعات سريعة وخرَف.

● **[٥ ـ] ذهان العقاقير ومؤثراتها الجانبية:**

● أ ـ يحدث كنتيجة للعقاقير الطبية ومضاعفاتها وتأثيراتها الجانبية كالتسمم بمشتقات (البلادونا) والأتروبين التى تعطى كقطرات في العين (هوموتروبين).

● ب ـ زيادة حقن (الهايوسين) و(الأتروبين) تكوّن اضطرابات في الذاكرة والكلام وفوضى في السلوك وهلوسات بصرية.

- جـ ـ استعمال (مركبات الكورتيزون) لمدة طويلة يولد تغييراً في الطباع والعواطف من مرح إلى هوس وكآبة كما يحدث في مرض (كوشنج : Cushing Syndrome).

- د ـ عقاقير منع الحمل للمرأة: Contraceptives تؤدي إلى خلل مزاجي واضطرابات نفسية وقلق وتوتر وكآبة وهبوط جنسي وصُداع وقد يكون السبب قوة الإيستروجين أو البروجسترون ولهذا تختلف مركبات منع الحمل في مفعولها (كروسمان ١٩٧١).

- هـ ـ الإفراط في التدخين والقهوة والشاي يولد توتراً عصبياً وحالات قلق واضطراب نفسي.

ذهان الحمل والنفاس: Puerperal Psychosis

- التعريف:

وهو اضطراب يحدث للنساء قبل وأثناء وبعد الولادة ويتصف بأعراض الفصام أو الكآبة مع قلق واضح ومحاولة لقتل النفس أو قتل الطفل الرضيع ويؤكد الطبيب (كلاين) حدوثه عند (٥٠٪) من النساء. ويقرّر (يانسن) أن الإصابات بأمريكا بين الولادات وصل إلى ٠,٦٨٪ عام ١٩٦٤ ويرافقه توتر مزاجي وشهيّة زائدة نحو طعام معيّن (الوحام) وقيء وانفعالات اكتئابية بين المرح والانبساط.

الأسباب والأعراض:

يفسر الأطباء السبب باتجاهين:

- أ ـ سبب عرضي عائد لاستعداد الشخصية وهو ١٤٪ من النساء الحوامل بين السن (٢٠ ـ ٤٠) سنة.
- ب ـ سبب خاص يعود للشدائد والأزمات تؤدي لذهان الحمل والنفاس العضوي.

المصاحبات:

- أ - التهابات وتسممات مع الولادة والنفاس لا سيما في الأعضاء التناسلية.
- ب - اضطرابات الولادة وخلل الهرمونات الجسمية وانخفاض كميات (البروجسترون) خلال (٢٤) ساعة. وشدّة نفسية تصاحب الحمل والولادة وتظهر بها نقمة الأم على الأطفال أو الزوج أو الحياة.
- جـ - تعكس المرأة باضطراباتها عائلة مفككة أو عدم توافق جنسي مع الزوج أو علاقات غير شرعية مع رجال غرباء أو عدم نضج انفعالي أو زواج متأخرّ.

الأعراض:

- ١ - أعراض اكتئاب ذهاني عند (٤٠٪) من الحاملات (سايدنبرغ / ١٩٥٠).
- ٢ - أعراض فصامية تصل لمحاولة قتل الجنين (٢٠ - ٣٠٪) من الحالات (بويد ١٩٤٢).
- ٣ - أعراض هسترية حصرية قهرية مع قلق شديد (٢٠٪).
- ٤ - أعراض فصامية اكتئابية (١١٪) من الحالات (يانسن ١٩٦٥).

الإنذار والتوقُّعات:

١ - جيد إذا كان العلاج مبكراً ولا ضرر من تكرار الحمل والولادة.

٢ - الفاصل الزمني بين ولادة وأخرى لا يقل عن سنتين.

العلاج:

- ١ - العلاج السريع بالمهدئات القوية ضد الفصام مثل: (السيرنبيز واللارجاكتيل والميلليريل وكذلك الصدمات الكهربائية).
- ٢ - استخدام مضادات الاكتئاب عند وجوده (التوفرانيل - التريبتيزول).

إجهاض الحوامل:

● **التعريف**:

وهو محاولة التخلص من الجنين بإسقاطه قبل وصوله لمرحلة معيّنة من التكوين وفي حالة وجود مرض عند الحامل أو مبرر مشروع يمنع استمرار الحمل حتى الولادة الاعتيادية. ومشكلة (قانونية) الإجهاض ما تزال قائمة بين موافق ومعترض في الدول الغربية وفي الكثير من الدول العربية (الإجهاض حر وقانوني) عند وجود أحد (المبررات التالية):

المبرّرات لإجهاض الحامل:

● ١ ـ إذا كان الذهان النفاسي والحمل خطراً على حياة الحامل ولا يحدث ذلك إلا بحالات الكآبة الشديدة ومحاولة الانتحار والتبرير العقلي والنفسي وحده غير كافي.

● ٢ ـ إصابة الحامل بمرض الشخصية كالشعور بالضعف وعدم الكفاءة أو اضطرابات عصابية شديدة أو كراهية ونفور شديد من الجنين.

● ٣ ـ إذا كانت الحامل مصابة سابقاً بالفصام أو تكررت معها نوبات ذهان النفاس أو (حالات الاغتصاب الجنسي) ولا بد من دراسة الحالة من (لجنة طبية) أو لجان (التخطيط العائلي) وتنظيم الأسرة: Fami-ly Planning Department.

ذهانات الإدمان على الخمور والمخدّرات:

● **التعريف**:

وهي نوعيات ذهانية نتيجة الإدمان على خمر أو مخدّرات. وأبرز أنواعها (ذهان الحشيش ـ ذهان المورفين (الأفيون) ـ ذهان الكوكائين ـ ذهان الإمفيتامين ـ ذهان العقاقير المهلوسة) وغيرها..

● [١ -] ذهان الحشيش

● أ - يظهر الحشيش من نبات القنّب: Cannabis ويستعمل مضغاً أو تدخيناً ومع الشاي أو القهوة وقد انتشر في أسواق العالم والشرق الأوسط.

● ب - رغم إحداثه أثر سعادة وارتياح فإن له تأثير خبول وإغماء واضطراب في التفكير والتوجيه وحالة شبه فصاميّة وقد يؤدي للعته والخرَف.

● [٢ -] ذهان المورفين (الأفيون):

● أ - يتناول الأطباء والصيادلة والممرّضات مركبات المورفين بالفم وكحقن لسهولة استعمالها وأثرها لإحداث المرح والكفاءة والخيال ومنها الكودين والهيروين والبيثيدين التي تزيل الآلام.

● ب - عند زيادة كمية المخدّر يحدث ذهول وغباء وانحلال وفقدان في الوزن وهزالة في الجسم وفقر في الدم وارتجاف في اللسان والأطراف وعند الانقطاع عن المخدّر تظهر الأعراض الانسحابية كازدياد المغص المعوي والقيء والإسهال وسرعة النبض وتقلُّص أوعية الجلد واحتمال حدوث الإغماء وزيادة إفرازات الجسم وخاصّةً اللعاب والمخاط. وحدوث هذيان واضطراب في الوعي وآلام عصبية وعضليّة وتعلُّق جنوني بالمورفين وميول عدوانية وانتحاريّة.

● [٣ -] ذهان الكوكائين:

● أ - يبدأ بشعور النشوة وازدياد الرغبة الجنسية، ورغبة في ازدياد الكميّة وهلاوس وهذيان.

● ب - يشعر المصاب بتنميل على الجلد وقرص لحشرات وهمية تمشي عليه.

● [٤ ـ] ذهان الأمفيتامين:

● أ ـ يستخدمه الفنانون والفنانات للسهر الطويل ويستعمله الطلاب أيام الامتحانات ويؤدي لخمول وقتي وكآبة ومركبات الإمفيتامين تدفع للتعوُّد والإدمان.

● ب ـ المدمن يطلب المزيد ويجده في الأسواق السوداء مع أدوية أخرى كمحاليل الاستنشاق ضد الزكام.

● جـ ـ يقود الإمفيتامين لحالة ذهانية مؤقتة يسودها التوتر والخوف والهلاوس.

● [٥ ـ] العقاقير المهلوسة: ل.س.د: L.S.D. الماسكولين
Lysergic Acid Diethylamide:

● أ ـ استخدمت علمياً وطبياً لمساعدة المرضى للتفريغ النفسي لآلامهم وذكرياتهم المكبوتة وتحفز ذاكرة المريض على العمل والوعي يتحوّل إلى ضباب يستغله بعض الفنانين والكتاب والشعراء.

● ب ـ استعمله العصابيون والمنحرفون والسيكوباتيون ـ وأصبحت مواد إدمان خطير تظهر بها علائم ذهان وقتي يشبه الفصام والاكتئاب وأحياناً ذهان مستديم. والعلاج هو قطع العقار ومنعه وإعطاء مضادّات الذهان كاللارجاكتيل والبيموزيد Pimozide والسيروتونين: S-Hxy-Tryptamine(*).

(*) راجع الفصل (١١) البند (٥): [الإدمان على الخمور والمخدّرات]: (السابق) لارتباطه الوثيق بهذا الفصل.

Epilepsy	**الصَّـــرَع**
Epileptic Psychosis	**وذهان الصَّرَع**

عناصر الفصل المنهجيّة:

● [١ -] التعريف:	Definition
● [٢ -] النوعيات حسب المنشأ والسبب:	Kinds of Epilepsy
١ - التكويني.	
٢ - العَرَضي.	
● [٣ -] الأسباب:	The Causes
● [٤ -] نوعيات الصرع وتصنيفاته حسب الأعراض:	
● ١ - الصرع الأساسي الأكبر:	Grand Mal (Idiopathic or Essential)
● ٢ - الصرع الأصغر:	Petit Mal
● ٣ - الصرع السايكو - حركي:	Psychmotor. E.
● ٤ - الصرع الجاكسوني:	Jacksonian. E.
● ٥ - الصرع الرُّضوضي:	Accidental. E.
● [٥ -] الأعراض الرئيسية العامة في الصرع:	General + Common Symptoms

- [٦ -] الأعراض التشخيصية للصرع الأكبر (الرئيسي):

Diagnostic Symptoms of Idiopatic. E.

- [٧ -] أعراض الصرع الأصغر التشخيصية:

Diagnostic Symptoms of Petit Mal

- [٨ -] الأعراض التشخيصية للصرع السايكو - حركي:

Diagnostic Symtoms of Psychomotor. E.

- [٩ -] الأعراض التشخيصية للصرع الجاكسوني:

Diagnostic Symptoms of Jacksonian. E.

- [١٠ -] الأعراض التشخيصية للصرع الرضوضي:

Diagnostic Symptoms of Accidental. E.

- ـ الفروق المميزة بين نوبات الصرع، والهستريا:

Distinct Differences Between Epilepsy and Hysteria

- ـ العلاقة المحدّدة بين الصرع والأمراض الأخرى.

The Relationship Between Epilepsy and Other Illnesses

- ـ خطوات التشخيص للصرع وعلاجه: Diagnostic Steps
- ـ التصوير الكهربائي والعلاج الجراحي العصبي.
- ـ العلاج الدوائي.
- ـ العلاج النفسي.
- ـ العلاج بالصدمة الكهربائية والميترازول.
- ـ توصيات وإجراءات علاجية إضافية لمصاب الصَرع

Additional Treatement Steps

- ـ الإنذار والسير: Expectations
- ـ السمات السلوكية والنفسية المحدّدة للشخصية الصرعية:

Specific Characteristics of Epileptic Personality.

- ـ دراسات وبحوث معاصرة حول الصرع:

Contemporary Research on Epilepsy.

- ـ مراجع رئيسية للفصل: Bibliography and References.

الفصل الرابع عشر

الصَّــــرَع

Epilepsy

● **التعريف : Definition**

هو عرض لاختلال معاود في (الفعـالية الكهـربية الفيـزيوكيميـائية للخلايا ذات الانفراغ الكهربي في الـدماغ) ويمكن لهـذا الاختلال أن يحدث آفات دماغية عصبيّة مختلفة؛ ومن العلماء من يعتبره مرضاً ذهانياً عقلياً عضوياً وهو ولادي بشكل عام؛ كما أن (توريث الاستعداد) للصرع قائم. (كابلين H. I. Kaplan).

ويؤكد علماء الأمراض العصبية والعقلية بأن الصـرع: «اضطراب وقتي في وظائف الدماغ وفي البث الكهربائي فيه Cerebral Dystrhythymia يتكرر بشكل نوبات مصحوباً باحتمالات فقدان الوعي وتـرافقه أعـراض دماغية أخرى حركية أو حسيّة مشتركة مع اضطراب في التخطيط الدماغي الكهربي ناشيء عن انفراغ انتيابي في عصيبات دماغية في مختلف أجزاء الدماغ مما يستدعي العلاج السريع».

(فريدمان/ كابلين A. M. Freedman + H. I. Kaplan)

- النوعيّات : Kinds of Epilepsy

ينقسم الصرع حسب المنشأ والسبب إلى الأقسام التالية :

- ١ - الصرع التكويني : Idiopathic Developmental Epilepsy

ويكون في مرحلة التكوين الجنيني أو نتيجة استعدادات وراثية Hereditory Readiness.

- ٢ - الصرع العَرضي : Symptomatic Epilepsy

ويكون نتيجة تلف (جزئي أو كلي) في المراكز المخية في فترة (واحدة) أو (أكثر) من الفترات الثلاث التالية :

- أ - قبل الميلاد : Before - Birth
- ب - أثناء الميلاد : During - Birth
- جـ - بعد الميلاد : After - Birth

ويظهر كعَرَض Symtom لآفات دماغية كالورم الدماغي أو الالتهاب أو الرَّض.

- الأسباب : The Causes
- أ - إصابات بالمخ وتهيُّج داخل اللحاء المخي :
Irritation of the Cerebral Cortex
- ب - تغيُّرات أيضية غير طبيعية أثناء عمليات بناء وهدم الخلايا
Abnormal Metabolic Change
- جـ - أمراض وإصابات كالحصبة أو السعال الديكي أو الالتهاب السحائي : Meningitis
- د - التهاب الدماغ (السرسام الحاد) : Encephalitis.
- هـ - مرض الكلية أو اضطرابات الغدد الوظيفي أو الاضطرابات الهرمونية.
- و - حالات التسمم أو اضطرابات الغدد الصمّاء.

● ز - أسباب سيكوسوماتية (نفسية/ عضوية) Psychosomatic Causes.

يؤكد أصحاب الاتجاه السيكوسوماتي بأن التشنجات الصرعية هي ميكانيزمات لاختزال التوتر وهي تمثل تفريغاً حاداً لمراكز المخ السفلي التي ينتج عنها تفريغ للتوترات الانفعالية ويلعب (الصراع النفسي) دوراً هاماً في ترسيب النوبات الصرعية في الأفراد المهيئين عضوياً للإصابة بالصرع وتوجد سمات شخصية للمصابين بالصرَع.

نوعيات الصرع وتصنيفاته حسب الأعراض:

● ١ - الصرع الأساسي الأكبر: **Grand Mal Idiopathic or Essential**.

● ٢ - الصرع الأصغر: **Petit Mal Psychomotor. E.**.

● ٣ - الصرع السايكو - حركي: **Psychomotor. E.**.

● ٤ - الصرع الجاكسوني: **Jacksonian. E.**.

● ٥ - الصرع الرضوضي: **Accidential. E.**.

الأعراض الرئيسية العامة في الصرع:

General + Common Symptoms

● ١ - تغير في الطاقة الكهربية تبدو في التخطيط الدماغي الكهربي. (E.E.G.).

● ٢ - حركات اختلاجية.

● ٣ - اضطراب في الجملة العصبية النباتية.

● ٤ - اضطرابات نفسية وسلوكية.

ويعتبر (هانز بيرغر، وبينا: H. Berger + Jena) أول من سجلا الطاقة الكهربائية للدماغ من خلال القحف ووجدا (١٠) موجات تنبعث من الدماغ في الثانية في الحالة الطبيعية وتختلف من شخص لآخر من حيث (العدد

والتوتر) = عالياً أو منخفضاً Number + Frequency of Waves فلا يتساوى شخصان في ذلك.

[١ -] الأعراض التشخيصيّة للصرع الأكبر (الأساسي):

Diagnostic Symptoms of Idiopathic. E.

- ١ - قبل (النوبة) تظهر أعراض له تنذر به بينما (الصرع الأصغر) لا تظهر أعراضه قبل النوبة إلا نادراً، والتحذير يعرف بالعبير: Aura ويبدو على شكل دُوار Dizziness وإحساس بعدم راحة في البطن.
- ٢ - الشعور بعدم الارتياح وتغير المزاج ونوع من الكآبة.
- ٣ - اضطراب متكرر للوعي مصحوب بقلب وتهديم للجهاز العصبي الأوتونومي (المستقل) على شكل (خلل).

Disorder of Autonomic Nervous System

- ٤ - تنميل الأطراف (اليدين والقدمين) والإحساس بوخزها.
- ٥ - تغير لون الوجه وملامحه واضطراب الجهاز التنفسي (قبل وأثناء النوبة) وغياب المنعكس الضوئي للعين، مع حركات تشنجيّة أو اضطرابات نفسية Psychological Disorders.
- ٦ - اضطرابات سمعية وبصرية - حسيّة كرؤية أجسام وهميّة وأضواء، وسماع طنين غير عادي وتغيُّر في مذاق اللسان.
- ٧ - اضطرابات حركيّة كارتجاف العضلات وجفني العين والسُّعال.
- ٨ - أعراض نفسية كتوارد الأفكار المفاجئة وأوهام الهلوسة.
- ٩ - فقدان الشعور مع (بدء النوبة) وسقوط المصاب صريعاً وانقباض العضلات وتيبُّس الأطراف وسقوط الرأس وانقلاب مقلتي العين.
- ١٠ - احتمال تقلُّصات عضلات الصدر فتصدر عنها (أصوات لا إرادية) كالهمهمة والأنين والمص وقد (تقف عملية التنفس).

● ١١ ـ تلوُّن الجلد باللون الأزرق: Cyanosis وتعرُّض المصاب أحياناً لجرح جسمه أو إصابة نفسه بالحروق والأخطار.

● ١٢ ـ تستمر النوبة من (بضع ثواني إلى دقائق) وقد تطول ويعقبها (موجة انقباض) ثم انبساط عضلي لا توافق بين حركاتها وتستمر من (٣ ـ ٤) دقائق.

● ١٣ ـ تهتز الأطراف بحركة واسعة، وتنقبض عضلات الوجه والفكين بشدَّة بحيث (يُحتمل قطع اللسان).

● ١٤ ـ يعلو الشهيق والزفير: Exhale + Inhale مع خروج السائل اللعابي من الشفتين ويتصبب العرق من الجسم.

● ١٥ ـ يفقد المصاب قدرة التحكُّم في (عضلات المثانة) والمستقيم وتهبط حدَّة النوبة نحو الاسترخاء وقد تهدأ النفس وينام المصاب قليلاً مع نوع من غياب الوعي Absence.

● ١٦ ـ بعد صحوة المصاب يشعر بالصداع والميل للقيء والإجهاد العضلي وتبدو عليه البلادة وقد ينام المصاب إذا ترك بعد النوبة الصرعية من ساعة إلى ساعتين.

● ١٧ ـ إن الأعراض السابقة تختلف من حالة إلى حالة ومن نوبة إلى نوبة عند نفس المصاب (شدّة وزمناً) وقد تقود إلى الوفاة لشدّة (هبوط القلب أو الاختناق أو صدمة السقوط على الأرض أووذمة الرئة الحادة).

● ١٨ ـ الصرع الأكبر أشد أنواع الصرع لارتفاع التواتر والفولتاج حيث يصل الرسم الكهربائي للدماغ فيه إلى /٢٥/ موجة في الثانية، والأعمار فيه بين (٣ ـ ٢٥) سنة.

[٢ -] أعراض الصَّرَع الأصغر التشخيصيّة

Diagnostic Symptoms of Petit Mal. E.

● ١ - لا توجد أعراض وإنذارات سابقة واضحة للنوبة فيه، إلا نادراً؛ وحدّد (آدي Adie) الأعمار فيه عند الأطفال من (٤ سنوات - ١٢ سنة)؛ وتستمر النوبة فيه من (٥ ثواني - ٣٠ ثانية) ورغم فقدان الوعي فالمصاب يمسك نفسه وما يحمل بيديه، ولا يتأثر (بالأدوية المضادّة للصرع) وقد يتوقف المصاب عن الحركة وعن الكلام.

● ٢ - يصبح لون الوجه للمصاب شاحباً مع اهتزازات في الحاجبين والجفنين والأكتاف والأذرع بدرجات متفاوتة؛ وقد يستمر المصاب في نشاطه بمجرد عودته لحالة الوعي.

● ٣ - إصابات (الصرع الأصغر) أكثر حدوثاً من إصابات الصرع الأكبر وتتوقف بها العمليات الدماغية العليا من (٥ - ١٠ ثواني).

● ٤ - يُحتمل أن يحدث للمصاب باليوم الواحد مئات من النوبات الخفيفة دون ملاحظة من الناس الآخرين لقصر زمنها، وتزداد بشكل خاص عند (الأطفال والمراهقين)؛ وقد تتوقف (بعد المراهقة) وربما تستمر (مدى الحياة) إذا لم يتم التشخيص المبكر والعلاج السريع لها.

● ٥ - وجد العلماء وجود علاقة بين (الصرع والتخلف العقلي) لأن الصرع يهيج المراكز الدماغية ويصيب بعضها بالتلف وهناك فريق آخر من العلماء استدلوا على بقاء الملكات العقلية محتفظة بقدرتها رغم وجود الصّرع وضربوا المثل بقادة مشهورين كانوا ضحايا الصرع مثل:
[هرقل - الإسكندر المكدوني - يوليوس قيصر - موباسان باسكال - نابليون - اللورد بيرون وغيرهم...]

[٣ ـ] الأعراض التشخيصية للصرع السايكو ـ حركي:

Diagnostic Symptoms of Psychomotor. E.

- ١ ـ إن (الاضطراب النفسي) هو المظهر الأساسي لهذا النوع من الصرع وتختلف درجته ومحتواه من حالة إلى حالة؛ ويرمز له بالاعدال الصَّرَعي: Psychic Equivalent.

- ٢ ـ يفقد المريض الوعي، ولكنه يستمر بنشاطه وكأنه يبدو بحالة وعي وتدوم النوبة لثواني أو دقائق وبحالات نادرة تبقى لعدة أيام، والموجات (٤ ـ ٨ ثواني).

- ٣ ــ يعتري المصاب شرود ذهني واضطراب في الذاكرة وعدم قدرة على التركيز مع هلوسات بصرية كلهب النار Lack of Concentration.

- ٤ ـ يعتري المصاب حالات من الهيجان وسرعة الغضب والسورة ثم الخمود وربما يؤذي نفسه أو غيره وتصيب هذه الحالة عموماً (الرجال الراشدين) دون غيرهم؛ وقليل منهم تنتابهم اضطرابات قاسية.

- ٥ ـ يواجه المصاب أحياناً نوعاً من نوبات الوَسْنْ Narcolepsy وهي شكل سريري خاص من (اضطرابات النوم): Sleeping Disorders.

- ٦ ـ يتعرَّض المصاب (لنوبات انهيار) وهي :(نوبات انفعالية فجائية) تنهار بها القوة العضليّة عند الغضب، والخوف المفاجىء أو الفرح الشديد وينعقد الكلام؛ ويتوقف؛ مع وجود الوعي Cataplexy؛ ويسارع الأطباء لعلاجها: (بالإمفيتامين) كما سيأتي معنا في العلاج.

[٤ ـ] الأعراض التشخيصية للصرع الجاكسوني:

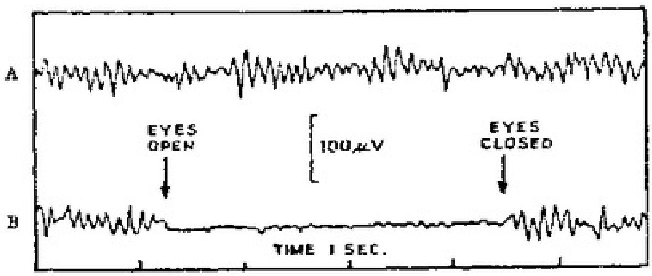
Diagnostic Symptoms of Jacksonian Epilepsy

- ١ ـ يتشابه في نوباته مع (الصرع الأكبر) ويتركز ببدايته في (منطقة محدّدة في الجسم) مع اختلاج أو تقلّص في العضلة.

خطوات التشخيص للصرع وعلاجه: Diagnostic Steps:

• ١ ـ التصوير الكهربائي للذبذبات الدماغية E.E.G. بجهاز تسجيل موجات الدماغ الذي اكتشفه هانس بيرغر: Electro Encephalo Graph ويتم التسجيل كخط مرسوم على (كيموجراف) متصل: Kymograph. ويتم ذلك خلال استراحة المريض وإغلاق عينيه؛ ويستغرق التصوير من (١٠ ـ ٢٠) دقيقة وقد يتطلب التشخيص الدقيق تصوير (الموجات الدماغية) في (حالةُ نوم المريض) أو يطلب منه أن يأخذ (شهيقاً عميقاً): Deep Inhale لملاحظة الظواهر الشاذة ويبدو التسجيل في (ستة خطوط متموّجة) تمثل التغيُّرات في الجهد الكهربي بين كل قطب من أقطاب فروة الرأس، ويقوم الطبيب المتخصص بخبرته بإجراء [تفسير التسجيل]:

Interpretation of the Recording



تخطيط كهربي لمخ طبيعي (للإنسان). وفي هذا التخطيط نجد الجزء العلوي يمثل تموجات ألفا عندما تكون العينان مغلقتين، في حين يمثل الجزء السفلي من التخطيط غياب ايقاعات ألفا عند فتح العينين ثم عودتها مرة ثانية عند إغلاقهما. والزمن هنا محسوب بالثانية.

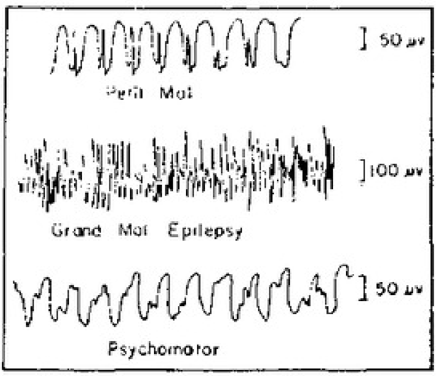
ويجب أن يتم تقييمه من ناحيتين وهما:

- أ ـ سعة الموجات: Wavex Amplitude
- ب ـ ذبذبة الموجات: Wavex Frequency

ويحدد الرسم الكهربائي أيضاً للدماغ: (الأورام المخيّة أو الالتصاقات بالأغشية) وغالباً ما يتم الشفاء في كثير من الحالات باستئصال الأورام والزوائد بواسطة (الجرّاحة العصبية): Neurolo-gical Surgery.

تقسيم التموجات وفقاً لذبذباتها

التموجات	الذبذبة في الثانية
Delta	١ ـ ٣,٥
Theta	٤ ـ ٧
Alpha	٨ ـ ١٣
Beta	١٤ ـ ٣٠



التخطيط الكهربي لأنماط الصرع الثلاثة

● ٢ - يرافق الاضطراب العضلي (اضطراباً حسيّاً) مثل الخدر - التنميل Numbness أو الوخز Tingling أو الالتهاب: Burning وسرعان ما تنتشر هذه الاضطرابات الحسيّة والعضلية في جميع أنحاء الجسم.

● ٣ - في بدء النوبة يكون المصاب بحالة الوعي ثم لا يلبث أن يفقد الوعي بعد انتشار النوبة، وغالباً ما تنتهي النوبة بتشنجات عامة.

[٥ -] الأعراض التشخيصيّة للصَرَع الرُضوضي:

Diagnostic Symptoms of Accidental. E.

● ١ - يقع للمصاب نتيجة لحوادث أو إصابات أو صَدَمات وبشكل خاص (منطقة الرأس الدماغيّة).

● ٢ - يصيب الأطفال والراشدين والكحول.

● ٣ - تظهر فيه نذبات تصيب السحايا والقشرة الدماغية.

● ٤ - يشترك مع النوعيات السابقة للصَرَع في كثير من الأعراض العامة.

الفروق المتميزة بين نوبات الصرع ونوبات الهستريا:

Distinct Differences Between Epilepsy and Hysteria:

(سمات نوبات الصرع)	(سمات نوبات الهستريا)
● ١ - فجائية - لا إرادية ليس قبلها إثارات أو موقف معيّن.	١ - تحدث بشكل انفرادي حين يكون المصاب لوحده وتمثل صراعاً وجدانياً.
● ٢ - يفقد المصاب بها الوعي ويسقط على الأرض.	٢ - المصاب واعي ولا يسقط على الأرض.
● ٣ - الانفعال بها خفيف وبليد	٣ - الانفعال بها هائج وشديد.
● ٤ - المصاب لا يقبض على الأشياء ويشدُّها	٤ - المصاب يقبض على الملابس والأشياء

● ٥ ـ التلف الدماغي حتمي : Cortex Disorder والإصابة عضوية عقلية أو ولادية.	٥ ـ لا يوجد تلف دماغي والصراعات نفسية انفعالية وعقلية والهستريا وسيلة هروبية من متاعب نفسية وبيئيّة.

العلاقة المحدّدة بين الصرع والأمراض الأخرى :

The Relationship Between Epilepsy and Other Illnesses:

● ١ ـ يوجد الصرع في حالات تصلب الشرايين الدماغية وفي زهري الجهاز العصبي.

● ٢ ـ إن الصرع شديد العلاقة بالتخلف العقلي.

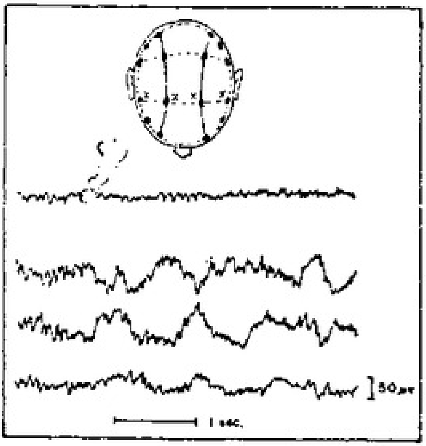
● ٣ ـ إن الصرع ظاهرة غير نادرة بين المصابين بذهان الفصام كما إن المصاب بالصرع قد يُصاب بالفصام أيضاً.

● ٤ ـ يوجد دلائل على تشابه وراثة الصرع ووراثة صداع الشقيقة وقد دلت أبحاث (كينير ولسون Kinner Wilson).

إن الصرع يكثر بين أقارب المصاب بصداع الشقيقة، كما أن صداع الشقيقة يكثر بين أقارب المصاب بالصرع.

● ٥ ـ توجد علاقة وثيقة بين الصرع والسلوك السيكوباتي الذي تتمثل به تقلبات عاطفية سريعة وأعمال اندفاعية كالإجرام والتهيُّج والانتحار.

● ٦ ـ هناك تشابه بين سلوك المصاب بالصرع والمصاب بالهستريا وذلك بسبب تحوُّل المظاهر السيكوباثولوجية بعد الإصابة بالصَّرع.



التخطيط الكهربي لحالة تعاني من ورم في المخ

● [٢ ـ] المعالجة الدوائية : **Drugs Treatement** :

وتحقق شفاء (٨٠٪) من الحالات، وهنالك أنواع من الصرع لا تنجح بها (الجراحة العصبية) فيتعامل معها الأطباء بالصبر الطويل والأناة مع المريض والعلاج الدوائي، وأبرز مستحضراته هي :

● أ ـ الفينوباربيتول: Phenobarbitol (حقن بالوريد ٠,٤٠ ـ ٠,٨٠ غ). (هامبتمان).

● ب ـ الديليتين: Delantine (ميريت ـ باتنام).

● جـ ـ الميزولين: Mysoline

● د ـ التريديون: Tridione

● هـ ـ الميزانتوئن: Measantoin

● و ـ الأباتيون: Abanione

● ز ـ البيرمورات: غرام واحد (٣) مرات باليوم.

[٣ ـ] العلاج النفسي: Psycho Therapy:

قبل بدء العلاج النفسي تستخدم (أداتان تشخيصيّتان):

- أ ـ اختبار الروزشاخ التشخيصي.
- ب ـ اختبارات الذكاء وروائز القدرات العقلية.

[ستانفورد ـ بينيه أو ويكسلر ـ وبولفيو ـ رابابورت].

وقد أكدت دراسات (لينوكس Lennox) بأن ٦٠٪ من المصابين بالصرع يعانون اضطرابات انفعالية ونفسية، ويتحدّد نوع العلاج النفسي طبقاً لدرجة اضطراب الشخصيّة: Epileptic Personality.

ويمكن إنقاص عدد النوبات الصرعية (كمّاً وكيفاً) أو توقيفها عندما تتضافر (الجهود العلاجية الطبية والنفسية) في التعامل مع المصاب ـ كإنسان ـ مع التركيز على النواحي التالية:

- أ ـ العناية الفائقة باضطرابات الشخصية[١]، وعوامل التوافق مع المرض ومع البيئة.
- ب ـ يعالج المريض بشكل (فردي) وبشكل (جماعي).
- جـ ـ توجيه المريض للتغلب على الإحساس بالنقص والخجل والعار والإحباط والانسحاب، لا سيما عند حدوث النوبات التشنجيّة في الجو العائلي والتخفيف منذعر المحيطين به وانعكاسات ذلك كله على المريض وروحه المعنويّة.
- د ـ التخفيف من الإفراط في حماية الأمهات لأطفالهن:
Extreme Care and Over Protection مما يكوّن لديهم إسرافاً في التعويض أو تكويناً للأثر الاستجابي Reaction Formation للمشاعر الأساسية العداوة الموجهة نحو الطفل، وهذا له بدوره آثاراً سيئة على توافق الطفل.

---

(١) راجع: د. عطوف محمود ياسين: (علم النفس العيادي الإكلينيكي / ط ٢/ ١٩٨٦ دار العلم للملايين ـ بيروت اضطرابات الشخصية (ص ٢٤٥ ـ ص ٢٧٨).

● هـ - مساعدة الطفل المصاب بالصرع على التغلب على العوائق الاجتماعية والمدرسية التي تحدد من سلوكه الطبيعي وتزيد من انفعالاته وصراعاته وكراهيته لنفسه وللآخرين. وقد برهنت دراسات (هملر، روفائيل) بأن ٧٠٪ من التلاميذ المصابين بالصرع كانوا قادرين على الوصول إلى (الدراسة الجامعية) ولهذا كان (العلاج النفسي) مسؤولاً عن تبصير المعلّمين بشتى المراحل الدراسيّة بمشكلات المصابين بهذا المرض وظروفهم وكذلك عائلاتهم لضمان (فصول خاصة) لهم (وعناية عائلية) بهم، تخفف عنهم الصعاب التي يواجهونها.

[٤ -] **العلاج بالصدمة الكهربائية: Electric Shock Therapy**:

● أ - العلاج الكهربائي بإجراء (صدمتين أسبوعياً) لمدة شهرين أو ثلاثة أو (صدمة واحدة) كل (٧ - ١٠) أيام.

● **أو**: ب - صدمة الميترازول.

توصيات وإجراءات علاجية إضافية لمصاب الصَرع:

Additional Treeatement Steps:

● ١ - وضع منديل ملفوف أو جسم صلب بين أسنان المريض حتى لا يعض لسانه ويتم ذلك بعد تمديده على سرير مريح.

● ٢ - فور انتهاء النوبة يشجّع المريض على الراحة والنوم.

● ٣ - إذا كان المصاب يتعاطى الخمور أو المخدّرات أو التدخين المسرف فيجب أن نمنعه عنها ونبدأ بتنظيم حياته الخاصة.

● ٤ - إذا كان المصاب ممن يعمل بالآلات الخطرة في أحد المصانع أو الأجهزة الحساسة أو قيادة السيارات أو السباحة فيمنع عن ذلك.

- ٥ ـ عدم تشجيع المصاب على الزواج ما لم توافق (الـزوجة) على تحمل عواقب المرض ومسؤولياته على نفسها وأولادها.

- ٦ ـ إذا كان المصاب (طفلاً) فيجب العناية المركّزة بالبيئة المنزلية وهدوئها واستقرارها وعدم السماح للأبوين بنقد الطفل أو توبيخه بل بتشجيعه وغرس المسؤولية فيه بالمكافأة والمحبة وإدخاله المدرسة مع (الأطفال العاديين الأسوياء) أو إرساله (لمدارس خاصة) تمنحه الرعاية المناسبة لمرضه.

- ٧ ـ التغذية المناسبة، أشعة الشمس، زيت كبد الحوت قد تساعد في إخفاء الأعراض مساعدةً كبيرة.

- ٨ ـ الاهتمام بالسن (المرحلة العمريـة) والظروف العـائلية للمـريض والفحوص السريرية المتقنة والتحاليل.

- ٩ ـ فحص سكـر الـدم ومـلاحـظة أورام الكبـد المحتملة أو نقص الأوكسجين في الدماغ وتأثيراتها على هبوط القلب منذ البداية.

- ١٠ ـ ملاحظة اضطراب الشوارد مثل: نقص الصوديوم (التسمم المائي) أو نقص الكالسيوم أو عوز البيرودكسين ويحدث هذا (عند الأطفال) ولا يحدث (عند الراشدين).

- ١١ ـ التخـطيط الطبقي المحـوري المرتّب بجـانب رسم المـوجـات الدماغية وتصوير شرايين الدماغ وتصـوير الـدماغ الغـازي عند الضرورة.

- ١٢ ـ الاستفادة من العقاقير المهدّئة الحديثة التي أثبتت تأثيرها الفعّال في الصرع وتكون على شكل (أقراص) أو بشكل حقن بالوريد أو العضلة في الحالات المستعجلة والنوبات المستمرة وأهمها:

(الڤـاليوم: Valium، الكلونـازيوم Clonazepam الـريفـوتـريـل: Rivotril) وهنـاك عقارات جديدة تؤثـر مباشـرة في اضطرابـات

السلوك والأوهام وحالات الهياج والحركة مثل: (النيدرين Nydrane) بمقدار: ٠,٥غ ٣ ـ ٦ مرات باليوم.

أما في حالات (الصرع الأكبر والصرع النفسي الحركي) فقد أثبتت المركّبات التالية جدواها وهي:

ـ البريميديون (مايسولين) { ٠,٢٥ جرعة يومية للأطفال
٠,٧٥ جرعة يومية للكبار

ـ الكاربامازيين (التكريتول) جرعة للكبار ٣٠٠ مغ + ٣٠٠ وفي حالات (الصرع الأصغر) استخدمت بنجاح المركّبات التالية:

ـ البورات الصوديوم (لابيليم ـ الديباكين) ٦٠٠ ـ ١٨٠٠ مغ

ـ مركبات الديون (التريديون) ولها ـ مؤثرات جانبيّة ـ { ٠,٣ ـ ٠,٨ للأطفال
١,٢ ـ ٢,٤ غ للكبار

أما معالجة (الحالة الصرعية) فيستخدم لها بالوريد ببطء خلال (٢ ـ ٣) دقائق (الديازيبام: الفاليوم، وأيضاً الليبريوم)(*).

● ١٣ ـ لا بد للممارس من تحقيق التفهم العائلي لحالة المصاب والنظر إليه كإنسان تتفاعل في شخصيته ديناميات حتى لا تزداد الآثار السلبية عليه.

● ١٤ ـ العمل على إشراك المريض في (حدود إمكاناته) ببعض النشاطات الاجتماعية كالمدرسة والسفر ويجب منعه منعاً كاملاً من قيادة السيارة وتعاطي الخمور والقيام بالسباحة.

الإنذار والسير: Warnings + Expectations

● ١ ـ يكون الإنذار (سيئاً) إذا ابتدأ الصرع في سن مبكرة من الطفولة الأولى ويجب وضع المُصاب في (مصحات خاصة) وعدم تركه في البيت

(*) راجع: د. فخري الدباغ: أصول الطب النفساني (ص ٣٦٨).

إذا كان في حالة تأخر عقلي شديد بجانب إصابته بالصرع مع عدم تعليق آمال عريضة على تحسُّنه.

- ٢ - إنذار الصرع عموماً هو (سيء) من حيث الأمل بالشفاء رغم العلاج الجراحي والدوائي والنفسي والكهربائي.

- ٣ - لا بد من تركيز مجهودات قويّة لتخليص المصاب (نفسياً) من الشعور بالنقص والإنطواء والخجل والانسحاب من المجتمع مع التعاون مع بقية نوعيات العلاج.

السمات السلوكية والنفسية المحدّدة للشخصية الصرعية:

- ١ - لكل شخصية سماتها الخاصة بها والتي ترتبط بخلفيّة المريض العائلية والتربوية واستعداداته الوراثية ومستواه الصحي جسمياً ونفسياً ومع ذلك فإن معظم المصابين بالصرع هم من (الأطفال) الذين لديهم خمود سُلوكي يتحوّل إلى سُرعة تهيُّج عند النوبة وهم عديمو الاستقرار وكثيرو الفعّالية؛ مزاجيّون، عنيدون، كثيرو الحساسية، خجولون.

- ٢ - تبدو على المصابين بالصرع - في حالات معيّنة - اضطرابات سلوكيّة كالكذب والسرقة والمشاكسة والمبالغة واضطراب في السلوك الجنسي وقسوة وميل للتخريب والعدوان.

- ٣ - يشعر المُصاب بالصرع بخيبة أمل مريرة لعدم تقبُّل المجتمع لحالته وشعوره بالقلق وعدم الاطمئنان المستمر مما يولد لديه صعوبات انفعاليّة يخلقها العجز.

- ٤ - إن المصابين بالصرع من (الكهول والراشدين) ليس لهم سمات شخصية متميّزة سوى (إظهار العجز) نتيجة لآفتهم والخوف من

الناس وموقفهم تجاههم؛ ويشعرون بنوعٍ من الحقد على المجتمع لعدم القدرة على التكيف معه وفقد الأمل ونقص الاهتمام بهم والتشجيع لهم، كما يعاني المصابون بالصرع بطئاً في العمليات العقلية وروحاً معنوية منخفضة وثقة مهزوزة بالنفس، ويأتي (دور المعالج النفسي) ليتصدى لكل هذه الفجوات السابقة جنباً إلى جنب مع (العلاج الدوائي والجراحي والكهربائي).

دراسات وبحوث معاصرة حول الصرع:

Contemporary Research on Epilepsy

● ١ - تشير إحصائيات جمعية الطب النفسي الأمريكية بأن ٧٥٪ من حوادث الإصابات بالصرع تتراوح الأعمار فيها من السن: (٣ سنوات - ٢٠ سنة) وكان عدد المصابين في الولايات المتحدة الأمريكية بالصرع لعام ١٩٥٦ هو: ٦٥٠,٠٠٠ مصابٍ وفي عام ١٩٨٠ وصل عدد المصابين بالصرع إلى ٣٠٠٠,٠٠٠ مصاب.

● ٢ - دلّت دراسات (وليم جاور) بانكلترا لإصابات الصَرَع على وجود النسب التالية المقابلة للأعمار منذ بدء الطفولة إلى مرحلة المراهقة هي:

أ - أقل من ٣ سنوات: ١٢,٥٪ من الحالات.

ب - أقل من ١٠ سنوات: ٣٨,٥٪ من الحالات.

جـ - من (١٠ سنوات - ٢٠): ٤٣,٥٪ من الحالات.

د - فوق الـ ٢٠ سنة: ٥,٥٪ من الحالات.

وأن ٢٣ - ٥٠٪ من الحالات تجد عناية صحية كاملة.

● ٣ - أكّد الجراح العصبي الشهير (بنفيلد Penfield) بأن الجراحة الخاصة بـالفص المصـاب: Temporal Lobectomy. S. لإزالـة الأورام والندبات والأكياس تساعد كثيراً لتخفيف حدّة الصرع وركّز على

(الفص الصدغي) مؤكداً وجود بقايا من الاضطراب وعدم الاستقرار والتشوش الذهني بعد إجراء العملية Post - Epileptic Confusion .

● ٤ - أثبت (فالكونر) بتجاربه الجراحيّة بأن العمليّة تفيد في تحسين حالة اضطرابات السلوك وليس نوبة الصرع ذاتها.

● ٥ - أثبتت دراسات (سليتر بيرد Slater + Beard) بأن مرض الصرع يمكن أن يتحوّل إلى ذهان فصامي (شيزوفرانيا) وهذا التحوُّل مرتبط بصرع الفص الصدغي والتغيرات المصاحبة حسيّاً ووجدانياً. ويكون الذهان على شكل أوهام اضطهادية (بارانويا) وهذا يُلغي النظرة الطبية القديمة التي قررت استحالة التقاء الصَرَع بالذهان الفصامي.

● ٦ - قام العالم (ميدونا) بتجاربه من منطلق الشك في وجود علاقة تحوُّل من (الصرع إلى ذهان فصامي) فاستعمل (نوبات الصرع كعلاج للفصام) مطبّقاً المقولة:

ومن السموم الناقعات دواء
وداوني بالتي كانت هي الداء.

وباشر باستخدام دهن الكافور: Camphor oil كحقن عضلية ثم تحوّل إلى عقار الكارديازول؛ وبدراسة للنتائج والأرقام والإحصائيات وانتشار كل من الصرع والفصام تبين أن (انتقال ووراثة كل من المرضين) يختلف عن الآخر وأن المصاب بالصرع يمكن أن يصاب بالفصام وبالعكس وبذلك أثبت إمكانية وجود المرضين سويّة وأن يؤدي الواحد للآخر؛ وسميَّ ذلك (تناذر سليتر وبيرد)، ويتميّز (ذهان الصَرَع) عن (الشيزوفرينيا الاعتيادية) بالتالي:

● أ - وجود حرارة عاطفية عند المصاب بالصَرَع بالمقارنة بالبرود واللامبالاة وعدم الاكتراث عند الفصامي (الشيزوفراني).

● ب - حدوث (تليُّف باثولوجي) في الفص الصدغي عند المصاب

بالصَّرَع: Mesial Sclerosis لا وجود له في حالة الفصامي.
وهذا التليُّف يتراكم على شكل عُقد دعاها (فالكونر وتايلور وكورسيلوس) (عُقَدْ هامارتيا: Hamartia) وهي أورام ولاديّة ناتجة عن اختلاجات الحمى في الطفولة ويمكن عزلها وفحصُها ميكروسكوبيّاً؛ وهكذا أثبتت البحوث التجريبية الطبيّة المعاصرة وجود علاقة بين كثرة (عُقد هامارتيا) واحتمال حدوث الذهان بأنواعه بعد الصَّرَع.

مراجع رئيسية حول بحوث الصرع

1 - Adrian + Yamaima:

The Origin of The Burger Rhythem. Brain, 58.325 - 1935.

2 - Allen, F. H: Psychotherapy with Children, New York - Norton, co, 1942 -.

3 - Caplan, G: Electrical Convulsion Therapy in Epilepsy, J. Ment, sc. 92: 784 1946.

4 - Cobb, s: Causes of Epilepsy, Arch, Nourol + Psych, 27: 1245, 1932.

5 - Denny - Brown, D: The Clinical Aspects of Traumate Epilepsy An, J. Psych 10: 582 - 592, 1944.

6 - Foerster, o:The Motor Cortex in Man in the Light of Hughlins Jackson's Doctrines. Brain, 59: 135 - 1936.

7 - Kanner, L: Child Psychiatry, Springfield, Thomas, 1935.

8 - Lewis + Pacella: Eds, Modern Trends in Child Psychiatry, International University Press, 1945.

9 - Fox, J. T: Social Aspects of Epilepsy, Laincet 1: 775 - 1947.

10 - Jesper, H. H + Kershman, J: Electro Encepholographic Classification of the Epilepsies, Arch, Neurol, Psych 45 - 903 - 943, 1941.

11 - Lennox, W. G: The Drug Therapy of Epilepsy, . J.A.M.A. 114 - 1347, 1940.

12 - Temkin, O: The Falling Sickness. Baltimore, Johns Hopkins Press, U.S.A. 1945.

أمراض الأطفال النفسية

Child Psychiatry

عناصر الفصل المنهجية :

- تمهيد.
- خطوات الفحص التشخيصي للأطفال.
- شلل الأطفال (التعريف/ الأسباب/ الأعراض/ النوعيات/ خطوات العلاج).
- الكوريا العصابية (التعريف/ الأعراض/ العلاج).
- الروماتيزما (التعريف/ الأسباب/ الأعراض/ العلاج).
- **[اضطرابات الأطفال السيكوسوماتية والسلوكية]**

Behavioral and Psychosomatic Disorders of Children:

- **الأمراض الذهانية للأطفال** (عضوية/ وظيفية).
- **الأمراض الوظيفية**: (الانعزال الطفولي/ الفصام).
- **الأمراض السيكوسوماتية**: (الإغماء/ الخجل/ التعرُّق/الدوار/ الغثيان/ الصداع/ الربو/ الإسهال).

- **الأمراض النفسية الحركية**: (قضم الأظافر/ مص الأصابع/ الرعشة/ التأرجح والتمايل/ التلعثم والتأتأة/ العلاج).
- **الاضطرابات الوجدانية للأطفال**: (سرعة الغضب والعدوان/ الإسفاف بأحلام اليقظة/ الكآبة/ السلوك الجناحي/ العلاج).
- **مشكلة (التبول اللاإرادي)**: (التعريف/ الأعراض/ الأسباب/ التشخيص التفريقي/ حالات من العيادة النفسية/ خطوات المعالجة).
- **اضطرابات (النوم) عند الأطفال**: [المشي أثناء النوم/ الكلام أثناء النوم/ فزع الليل/ الكابوس/ صرير الأسنان/ العلاج].
- **اضطرابات (الطعام والغذاء) عند الأطفال**
- ضعف وقلّة الشهية وحالات من العيادة النفسية. وخطوات العلاج.
- **(السلوك السيكوباتي) عند الأطفال**:
(التعريف/ الأعراض والسمات/).
- **مشكلة (الغيرة) عند الأطفال**:
(التعريف/ الأعراض والسمات/ الأسباب/ علاج مشكلة الغيرة).
- **مشكلة (السرقة) عند الأطفال**:
التعريف/ الأسباب/ العلاج/).
- **مشكلة (الكذب) عند الأطفال**:
(التعريف/ الأسباب/ العلاج/).
- **مشكلة (الغضب) عند الأطفال**:
(الأسباب ـ العلاج).
- **مشكلة (الخوف) عند الأطفال**:
(دراسات واطسون ـ الأسباب ـ العلاج).

الفصل الخامس عشر

أمراض الأطفال النفسية

Child Psychiatry

تمهيد:

يتجه علماء (الطب السيكوسوماتي) إلى تأكيد العلاقة بين الأمراض الجسمية والأمراض النفسية عند الكبار عامة وعند الأطفال خاصة.

ويعتبرون أن (الأمراض الشائعة للأطفال) هي:

[الحصبة الألمانية ـ الحمى القرمزية ـ جُديري الأطفال ـ النكاف الغدد ـ الدفتريا ـ السعال الديكي وغيرها من الأمراض المُعْدية].

ولما كان (الشلل) مرضاً رئيسياً عند الأطفال وله آثاره ومسبباته ونتائجه النفسية لهذا فإننا سنتناوله في هذا الفصل لما ينطوي عليه من أهمية قصوى لا تقل عن أهمية (الروماتيزما بأنواعها) وأشكالها المتعددة عند الأطفال؛ بالإضافة إلى الاضطرابات الأخرى التي يواجهها الأطفال وهي:

- الاضطرابات السيكوسوماتية والعقلية والنفسية.
- الاضطرابات البولية.

- اضطرابات النوم.

- اضطرابات الطعام والغذاء.

- الاضطرابات السلوكية (السلوك أسيكوباتي اللااجتماعي - العدوان والغيرة - الكذب - السرقة - الانحرافات وغيرها. . .).

- التأخر الدراسي والمشكلات المدرسية (الغياب - الهروب والتشرُّد؛ التأخر - المخاوف - المشاكسة - الغضب).

- الإعاقات الحسيّة للطفل (البصرية - السمعية - وغيرها).

- مشكلات النطق والكلام.

ويعتبر (وليم هيلي: W. Healy/ ١٩٠٩/) أول من أسس في الولايات المتحدة المستوصف المتخصّص لرعاية الأطفال: (٨ - ١٢) سنة: Child Guidance Clinic.

خطوات الفحص التشخيصي للأطفال:

١ - جمع كافة المعلومات الممكنة من (الأم) بشكل خاص ومن الأبوين بواسطة (الأخصائية الاجتماعية) للإحاطة بكافة الظروف الأسريّة.

٢ - جمع كافة المعلومات الممكنة من المدرسة أو دار الحضانة أو الملجأ.

٣ - الفحص الطبي للطفل من طبيب أطفال متخصص لمعرفة كافة ظروفه الصحية.

٤ - يفحص الطفل من قبل (أخصائي نفسي - غير طبيب) لبيان مستوى ذكائه وقدراته العقلية. ومن أشهر اختبارات التشخيص هي:

أ - اختبارات جيزيل (١٩٤٠ - ١٩٤٧ - ١٩٤٩) لسن ما قبل المدرسة Gessel Developmental Schedules.

وتتناول تقييم السلوك الحركي والتكيفي واللغوي والشخصي الاجتماعي.

ب - مقياس كاتيل للأطفال: Catel Infant I. Q Seal.

جـ - مقياس مانيسوتا لسن ما قبل المدرسة: جودانف، ماورر، فان ساجنن (١٩٤٠ - ١٩٤٢).

د - مقياس ستانفورد - بينيه: (١٩١٦ - ١٩٣٧ - ١٩٦٠).

هـ - مقياس ويكسلر للصغار (W. I. S.C) وغيرها[1].

٥ - المقابلة النفسية للطفل وتبادل الحديث معه وملاحظة سلوكه في أوضاع مختلفة مع التركيز على:

أ - ملاحظة رسومه وخواطره وتحليلها ودراستها.

ب - تحليل أحلامه الليلية وأحلام اليقظة له.

جـ - تقييم قدراته اليدوية من نماذج خشبيّة وطينيّة وبلاستيكية.

د - استخدام الألعاب واللعب والصُور لتقييم الحالة.

هـ - تكميل الجمل وتكميل قصة لصورة أو وصف لما يتخيّل.

٦ - اختبارات تحصيل حسب مستوى الطفل وقدراته.

٧ - استخدام (السايكودراما) كأسلوب للتشخيص حسب مستوى الطفل.

---

(١) راجع د. عطوف محمود ياسين (دراسات سيكولوجية ميدانية): ١٩٨٢ بيروت - الدار الجامعية للطباعة والنشر - (ص ٢٣٩ - ٢٤٢).

شلل الأطفال: Polio (البوليو): Child Paralysis

التعريف:

هو المرض الذي يتناول الجهاز الحركي أو العضلي للطفل بشكل خاص وللكبار بشكل عام ويكون جزئياً أو نصفياً أو كلياً وفي أي عضو في الجسم وأيّ جزء منه لا سيما الدماغ؛ وكان ينظر للشلل على أنه مشكلة تقويم إعوجاج: Orthepedic Problem.

مع أن المشكلة عصبية حركية: Neuromuscular كنتيجة لآفة أو (ڤيروس) دماغي منذ الولادة؛ يرافقها اضطراب (حسي - انفعالي - ذهني).

وإن ٧٥٪ من حالات الشلل تكون بين السن (١ - ١٥).

و٢٥ ٪ من حالات الشلل تكون بين السن (١٦ - ٤٠).

أسباب الشلل: Polio Causation:

١ - إصابات جنينيّة للجنين في الرحم أو عند الأم وتنتقل منها إلى الجنين فتوقف أو تؤخر عمليات النمو العصبي - الطبيعي للطفل كإصابة الأم بفقر الدم أو الالتهاب السحائي أو التهاب الدماغ.

٢ - عوامل وراثيّة وأمراض من الأبوين أو ممن قبلهما من أجيال، كالزهري الوراثي أو إصابة أحد الأبوين بمرض عقلي أو عصبي. أو سوء العناية بالطفل (بعد الولادة) وتعرضه للإصابة.

٣ - إصابة الطفل عند عملية (الوضع) بإصابة دماغية تسبب نزيفاً في الأغشية المغلفة للدماغ أو بسبب (اسفيكسيا: Asphyxia) اختناق عند الولادة.

ميكانيزم الإصابة الڤيروسي:

أ - يهاجم ڤيروس شلل الأطفال (بوليو ميليتس Polio Mylitis) خلايا المادة الشبيهة بالنخاع في القرن الأمامي ويطلق على ذلك (التهاب النخاع الرمادي) فالإصابة تتركز في القرون الأمامية لنخاع الحبل الشوكي.

ب - ما يزال العلماء في اختلاف في اعتبار (ڤيروسات الشلل) Viruses بأنها كائنات حية أو مركبات كيميائية: Chemical Compounds.

وقد أثبتت البحوث الطبية أن هذه المركبات تملك القدرة على التكاثر والزيادة Growing وتتجمع على شكل تركيب بلّوري كما هو الحال في المواد الكيميائية وهي نوع من الحلقات التي تصل بين ما هو حي وما ليس كذلك. ولكن لكي تتكاثر الڤيروسات لا بد أن تنفذ إلى داخل الخلايا الحيّة.

جـ - يتسلّل الڤيروس إلى الجسم عبر أغشية القناة الهضمية ويتسرب منها مع تيار الدم وغالباً ما يغزو الجهاز العصبي المركزي ويتركّز وجوده في خلايا القرن الأمامي للحبل الشوكي. ويبلغ قطر معظم الڤيروسات أقل من (٠,٢) ميكرون (جزءان من عشرة آلاف جزء من الميليمتر الواحد) ولا يمكن رؤيتها إلا بواسطة (الميكروسكوب الإليكتروني).

د - عندما تشن ڤيروسات الشلل هجومها على (الخلايا العصبية للقرن الأمامي) تؤدي إلى تدميرها خلال ساعات قليلة وتضمر الألياف العصبية ولما كانت مجموعة من الخلايا تنقل التنبيهات إلى عضلات معيّنة عن طريق (الجذور العصبيّة الحركية) فإن هذه العضلات تصاب بالشلل حينما يتم تدمير الخلايا العصبية.

هـ - تتركز في القرن الأمامي للحبل الشوكي (٨٠٠,٠٠٠) ثمانمائة ألف خلية عصبية وقد يتمكن الڤيروس من تدمير ثلثي هذه الخلايا أو أكثر وعندها يحدث شلل كامل وقد تكون الإصابة في جزء من العمود الفقري أو خلايا الحجاب الحاجز وعضلاته؛ وتعتبر هذه العضلات بمثابة المنفاخين اللذين ينفخان الرئتين؛ فإذا أصيبا بالشلل فإن المريض يموت (اختناقاً)؛ ويمكن إنقاذ الطفل أو المصاب باستخدام جهاز خاص يطلق عليه الرئة الحديدية: (Iron- Lung) لإجراء تنفس اصطناعي سريع وبصفة مستمرة.

أعراض المرض ومساره:

أ - إن شلل الأطفال إصابة وعدوى شائعة جداً ولكن معظم الإصابات طفيفة وتمر دون تشخيص ويواجه الأطباء جهوداً مضنية لاكتشاف هذا النوع من الإصابات الطفيفة.

ب - تنقسم نوعيات الشلل إلى ثلاث وأشدُها تبدأ فجأةً بصُداع وارتفاع بدرجة الحرارة وقد يستمر طيلة الحياة.

نوعيات شلل الأطفال: وهي ثلاث:

١ - شلل إصابة المخيخ: Ataxia.
٢ - شلل إصابة المنطقة تحت المخية: Athetosis.
٣ - شلل المسالك الهرمية لأعصاب الحركة: Spasticity.

ويتسم (كل نوع) بأعراض سريريَة متميِّزة:

١ - شلل إصابة المخيخ:

أ - يتسم هذا النوع من الشلل بتورُّم أو ضُمور في المخيخ يؤثر على الأعصاب الموصلة للقدمين فيختل التوازن للجسم.

ب - تكون حركات العينين في هذا النوع للشلل غير متوازنة وقد يصاحب ذلك نوبات صرعية للطفل أو المصاب.

٢ - شلل إصابة المنطقة تحت المخيّة: Basal Ganglia:

أ - تتصلّب الأطراف والأصابع في القدمين وتكون الحركات عموماً لا إرادية.

ب - تلعب العوامل النفسية دوراً سلبياً فتزيد تقلُّصات عضلات الوجه.

جـ - تزداد الحركات اللاإرادية لا سيما عند قيام المصـــاب ببعض الأعمال الحركية أو الإرادية.

٣ ـ شلل المسالك الهرمية لأعصاب الحركة:

أ ـ يتسم هذا النوع بأورام أو تلف في المسالك الهرمية لأعصاب الحركة.

ب ـ الطفل لا يقدر على المشي إلا على أطراف أصابعه مع انثناء الساقين والفخذين للداخل.

جـ ـ انحناء صارخ في العمود الفقري؛ ويحدث تأثير مباشر على الأطراف وعضلات الكلام للتوتر والتشنّج الجسمي.

د ـ تؤثر (الولادة المتعسرة) بهذا النوع من الشلل لا سيما التأخر في قطع الحبل السرّي.

هـ ـ يتّسم سلوك الطفل بالعزلة والإنطواء؛ ويكون مزاجه عصبياً؛ ولا يتمكن من ارتداء ملابسه أو الاعتماد على نفسه.

خطوات التشخيص:

١ ـ الفحص الطبي الدقيق وإجراء كافة الفحوصات والتحليلات.

٢ ـ التصوير الكهربائي الدماغي.

٣ ـ إجراء اختبارات (حركيّة وعقليّة) لتكشف مستوى المصاب ومقدرته على (مسك القلم) و(المشي السليم) أو المترنح.

٤ ـ الكشف عن (مدى القدرة على نطق الحروف) منفردة، ومجتمعة ومتعاكسة وكذلك الأرقام، وتحديد الجهات.

٥ ـ معرفة (مدى الاستقرار الانفعالي) من حب وكراهية؛ وخوف وجرأة؛ وهدوء وانفعال.

خطوات العلاج:

العلاج الفيزيائي والحَركي:

١ ـ تدريب الطفل (بجلسات خاصة) على ارخاء عضلاته، يرافقها تمرين للحركات الجسمية ـ العضوية بشكل إرادي تدريجي تبدأ (٣٠) دقيقة يومياً ثم تنخفض إلى (١٥) دقيقة في النصف الثاني للعام.

٢ ـ يُطلب من الطفل الرقود مستلقياً فوق شرشف أو سرير جاف ويستحسن أن يكون عارياً إن توفر الجو الملائم لذلك؛ ويقوم (الأخصائي الفيزيائي) بتدليك عضلات الجسم برقّة؛ حتى تصبح في حالة استرخاء نسبي ثم يُثنى كل عضو بالجسم باتجاهات مختلفة وبشكل خاص (الأطراف والأصابع) ثم تمارين على (جذب أشياء باليد ودفعها بالقدم).

٣ ـ يُعطى الطفل (تمرينات للمشي القصير فالأطول) وتبدأ بالمساعدة ثم بدون مساعدة داخل حجرة واسعة؛ وتحت مُراقبة مُركّزة مع استعمال (مرآة كبيرة) عند التدريب ليتمكن الطفل من رؤية نفسه ليرى الخطأ والتخبط والتحسُّن الذي يطرأ بعد تكرار التمرين.

٤ ـ استخدام (بخار السونا) Sauna Steam مع التدليك بالماء الخفيف واسترخاء العضلات: Hydro Therapy.

العلاج النفسي في الشلل للأطفال أو الكبار:

١ ـ رفع الروح المعنوية والتركيز على (التعليم) بطريقة سلوكيّة.

٢ ـ الاندماج بالجماعة وإخراج الطفل من العزلة لا سيما الرفاق والإخوة والجيران.

٣ ـ تنمية الشعور بالانتماء لبلد أو أسرة أو جماعة: The Feeling of Belonging ودفع المريض (بالعَجَلة الصغيرة) أو (المشي) ومساعدته لتناول طعامه ومسح اللعاب عن فمه.

٤ ـ إشعاره بأنه مقبول ومرغوب فيه وليس العكس: Accepted and Wanted.

٥ ـ تبديل الشعور بالعجز إلى شعور بالثقة بتهيئة (برنامج عمل يومي ـ سلوكي) يمنحه الشعور بأنه إنسان يمكنه إنتاج شيء معيّن.

٦ ـ تدريب وتوجيه الآباء والأمّهات والمشرفين والمشرفات للتشاور والعناية بحالات الأطفال والتعاون معهم وفيما بينهم كفريق عمل: Team - Work لغرس الطمأنينة ورفع مستوى هؤلاء الأطفال.

٧ ـ التطعيم ضد شلل الأطفال بالمصل المضاد للمرض بواسطة حقن الطفل (٣ ـ ٤) مرات؛ ويمكن إعطاء المصل عن طريق الفم للطفل (الفاكسينات) المضادة لشلل الأطفال.

٨ ـ الاهتمام الوقائي بالنظافة الشخصية والمنزلية وخاصةً نظام الأطعمة واليدين وحمايتها من التلوّث على اعتبار أنها أساليب وقائية للفيروس الذي يخرج من الجهاز الهضمي[١].

---

(١) ابتكر مصل شلل الأطفال المضاد الدكتور (البيرت سابين) Albert - Sabin في أوهايو ـ سينسيناتي عام/ ١٩٥٩/ على شكل دواء يعطى في الفم وسبقه (جوناس سولك) عام ١٩٥٥ باكتشاف الحقن المضادة للشلل: Jonas Salk.

الكوريّا العُصابيّة: Neurotic Chorea

التعريف:

وهي حركات ارتعاشيّة (لا إراديّة) نمطيّة؛ وقد تُصيب الوجه أو الفم أو الحاجبين أو مقلة العين أو الرأس وأحياناً تنتقل للأطراف كحركة أصابع اليدين أو الذراع أو الأقدام وما يصيب منها الأطفال خاصة يكون نتيجة (روماتيزما حادة) Pheumatic Chorea تؤثر على (المنطقة تحت المخيّة: (Basal - Ganglia.

الأعراض السريريّة:

١ ـ خلل في عملية البلع والمضغ للغذاء بحيث لا تسمح للمصاب بتناول الطعام إلا بالطرق الاصطناعية كالأنابيب البلاستيكية أو السوائل والحقن والفيتامينات وغيرها.

٢ ـ القلق وعدم الاستقرار الانفعالي مما يؤثر على النوم ويزيد مستوى التهيُّج.

٣ ـ ازدياد الأفعال العصبيّة الانعكاسيّة عن الحالات الطبيعيّة الاعتيادية.

٤ ـ تثاقل الكلام في اللسان وخروجه بشكل متقطّع أو بشكل انفجاري واحتمال حالة من الاضمحلال والخبول العقلي.

٥ ـ يحدث في الحالات الشديدة ارتخاء عام في جميع عضلات الجسم ولا يستطيع المصاب الجلوس ويضطر للتمدُّد في فراش المرض(١).

---

(١) راجع: د. فيصل الصباغ (الأمراض النفسية والعصبية) /١٩٨٢/ جامعة دمشق ـ كلية الطب ـ سورية.

خطوات العلاج :

أ ـ يتبع الطبيب الخطوات الدوائية التي يراها مناسبة حسب درجة الحالة وطبيعتها.

ب ـ تستخدم معظم الوسائل المستخدمة في الحالات العصابية المماثلة[1].

الروماتيزما : Rheumatism :

التعريف :

هي مجرد مرض عصبي ـ عضلي ـ حسّي يتناول المفاصل والعضلات والعظام بالآلام والأوجاع ويتركز أحياناً حول الرقبة والأطراف والظهر. وهو (مرض الأطفال ومرض الكبار) وقد يظهر على شكل حُمى روماتيزمية أو روماتيزم عضلي أو على أشكال أخرى.

الأسباب : Causation :

رغم أن الأسباب ما تزال أمام الأطباء لغزاً وما تزال البحوث الطبيّة جارية في هذا المضمار فإن هنالك (ثلاثة تفسيرات) لمرض الروماتيزما :

١ ـ باكتيريا الستربْتوكوكاس الصديديّة على شكل عُصيّات : Streptococcus Pyogenes.

فالمرض هو عدوى ڤيروسيّة وجرثوميّة.

٢ ـ الحساسيّة التفاعليّة : Allergic Reation وتكون الروماتيزما نتيجة لتفاعلات وحساسيّات لبعض الأدوية أو الأطعمة أو الأمراض الأخرى وخلفية المُصاب.

٣ ـ الشدائد النفسية وظروف المريض : Psychological Stress.

---

(١) نفس المرجع السابق.

الأعراض: Symptoms:

١ ـ التهاب المفاصل لا سيما (الكبيرة) كرسغ القدم: Ankles والركبتين ورسغ الذراعين: Wrists والكوعين: Elbow والكتفين وتصبح متورّمة وساخنة يصاحبها الألم باللمس أو الحركة.

٢ ـ الحمى الروماتيزمية تتحرك لمهاجمة القلب وإحداث التهابات في أنسجة وتشوُّه وتلف Heart - Malfunction، ومن ضحاياها الأطفال بالمناطق المعتدلة والباردة عموماً ويصاحبها حركات لا إراديّة(١).

٣ ـ تهاجم (الروماتيزما العضلية: Rhematism Muscular) الكبار في منتصف العمر أو كبار السن. ويحيط الرقبة والظهر والكتفين آلام حادة والتأثير يتركز على (الأنسجة الليفية) أكثر مما هو على (الخلايا العضلية) ومن الأطباء من يدعوها (بالتهاب الألياف): Fibrositis ويكون ذلك نتيجة عديد من الأسباب كالإصابة والبرد المفاجيء وتيارات الهواء، والشفاء منها لا يكون كاملاً.

أساليب العلاج:

١ ـ استخدام (حامض خلّات الساليسيليك ـ الساليسين) - Acetylsalicylic Salicin أو (الإسبرين Aspirin) في جرعات كافية مما يؤدي إلى خفض درجة الحرارة للمريض ويخفف الألم ويقلّل من تورُّم وأوجاع الركبتين.

٢ ـ استخدام (الحمامات الدافئة والساونا والتدليك الخفيف والحرارة): Hydro Therapy and Massage.

---

(١) كان (جالينوس وأبقراط) في اليونان أول من كتب عن الروماتيزما ثم توماس سيدنهام في بريطانيا عام ١٦٨٣ وسمّاها (الكوريا) وأطلق عليها رقصة (القديس ڤيتاس). ثم جاء (رينيه توفيل هياسينث) وبعده (جان بابتست بويارد) الذي استخدم السمّاعة للتشخيص Stethoscope وتبعه بذلك الطبيب البريطاني (داڤيد بيتكايرن).

٣ ـ استعمال (الكورتيزون Cortisone) في حالة وصول التأثير الروماتيزمي إلى القلب لمنع التلف الذي قد تحدثه الإصابة لصمامات القلب.

اضطرابات الأطفال السيكوسوماتية والسلوكيّة:

تمهيد:

تعاني الأمهات والآباء في الأسرة والمعلّمون في شتى المراحل الدراسية مشكلات وعاهات وأمراض يحملها الأطفال دون وجود حلول علاجيّة سليمة لها. وإذا كان (الجسم والنفس) يُنتجان معاً ما نطلق عليه (الأمراض السيكوسوماتية) كنتيجة لاضطرابات عصبية أو عقلية أو وجدانية أو سلوكيّة عند الطفل فإن علينا التصدّي لهذه الاضطرابات: Disorders (وصفاً وتشخيصاً وعلاجاً) حسب درجة شدّتها وخطورتها وأهميّتها لتخفيف وطأتها على الأسرة وعلى الطفل والمجتمع.

الأمراض الذهانية للأطفال: Children Psychotic Illnesses:

ينقسم (ذهان الأطفال) إلى (عضوي Organic ووظيفي Functional).

الذهان العضوي:

هو تغير عقلي ناتج أو مصاحب لمرض دماغي كالصرع أو زهري الدماغ أو التهابات الدماغ الڤيروسية أو الضمور الولادي وغيرها.. ويصاحبها وجود أعراض وعاهات في الجهاز العصبي وميل للحركة الشديدة Hyperkinesis and Hyperoactivity. ومظاهر سلوكية للعدوان والتحطيم والغضب، وتأخر في التعلم والفهم والتحصيل الدراسي وبطء في الكلام.

الذهان الوظيفي:

يعتبر (كانر ١٩٤٣) في الأربعينات أول من درس هذا النوع عند الأطفال وسمّاه (الانعزال الطفلي Infantile - Autism) وهو مصاحب للفصام

الطفولي الذي يصيب (الكبار من الأطفال). وفيما يلي تحقيق للتمييز بينهما بشكل دقيق:

أ - الاتعزال الطفولي: Autistic - Child: (Autism)

١ - يشتمل على مجموعة أعراض وصفها (كانر) و(آيزنبرغ) ولا تتحول في المستقبل لفصام كبار شيزوفراني.

٢ - استبعد (وينغ) بمعهد مودزلي بجامعة لندن الأسباب النفسية لهذا المرض وأيد استقلاله عن الفصام البلوغي واعتبره اضطراباً عضوياً في وظائف المخ والإدراك والاحساس السمعي والبصري وخلل في الاتصالات والعلاقات بين الطفل والمجتمع.

٣ - يظهر (الأوتيزم) بين السن (١ - ٣) للطفل ويحصره بعزلة وانطواء وعدم اهتمام بالناس أو الأشياء من حوله.

٤ - يقل كلام الطفل إلى حد البكم ويكرر اللعب والسلوك روتينياً بدون ملل وتظهر في وجهه وعينيه حركات شاذة.

ب - فصام الأطفال: Childhood Schizophrenia

١ - حدّد (ريملاند وكولفن: ١٩٧١) أبرز سماته بوجوده عند الأطفال بين سن (٣ - ٥) سنوات ثم بعدها تأتي مرحلة الفصام الطفولي المتأخرة.

٢ - وجود هلوسات (سمعية) واضطراب في التفكير؛ وآباء هؤلاء الأطفال من الطبقة المتوسطة والفقيرة في المجتمع ولديهم سلوك انعزالي انطوائي مما يؤكد وجود (عامل وراثي) لهذا المرض.

علاج ذهان الأطفال:

١ - استخدام العقاقير الدوائية الخاصة بالذهان مثل: (اللارجاكتيل - سبارين - ملليريل - ستيلازين) كمهدّئات.

٢ - عدم نجاح المعالجات النفسية التقليدية وكذلك الصدمة الكهربائية.

٣ - العلاج التأهيلي مُثمر ومفيد لفك الحصار الانطوائي عن الطفل مع ضرورة الاستمرار والمتابعة وخلق الإثارات الدائمة.

أمراض الأطفال السيكوسوماتية (النفسجسمية):

وتتضمن ما يأتي: [الإغماء - الخجل الشديد واحمرار الوجه - التعرُّق الشديد - الدُّوار - الغثيان والمغص - الصداع - الربو - الإسهال - وغيرها].

الأمراض النفسحركية للأطفال: Psychomotor Illnesses:

١ - **قضم الأظافر:** وهو من مؤشرات القلق ويزداد بين سن (٤ - ٦) أو أكثر.

٢ - **مص الأصابع:** وهي عادة طبيعية تبدأ أثناء الرضاعة وقد تستمر بعد السنتين من العمر، بحكم اللذة والشعور بعدم الأمن والاستقرار.

٣ - **الرعشة:** **Tic** وهي تقلُّصات في عضلات الوجه أو الأطراف وتكون سريعة وخاطفة ومتكرِّرة وعلى وتيرة واحدة وتكثر بين الذكور.

٤ - **التأرجح والتمايل:** وهو تأرجح الطفل إلى الأمام والخلف وإلى الجانبين وتدوير الرأس أو ضرب الرأس بالجدران والكراسي ويكثر بين المتخلفين عقلياً والمصابين بالفصام وبين أطفال الملاجىء والمعاهد الكثيبة.

٥ - **التلعثم والتأتأة: Stutter-Or-Stammer:** وهي اضطرابات كلامية تكون إما تردُّدية: Clonic أو تشنُّجية Tonic وتحدث في سنوات بداية التكلم وقد تستمر حتى مرحلة البلوغ وتُعزى إلى شدائد نفسية ومخاوف وقلق. ويحدث عند بعض العائلات هذا المرض كدليل للعامل الوراثي فيه؛ وكذلك عند (الطفل الأعسر) الذي يجبره أبواه ومعلّموه على الكتابة باليد اليمنى.

ومن أسباب التأتأة عوامل (نفسية) وعوامل (تكوينيّة) في شخصية المُصاب؛ وتلعب الوراثة والأسرة دورها بذلك كما تدخل بذلك عوامل عصبية تنظيميّة مرتبطة بجهاز الكلام.

ومن خطوات العلاج للتأتأة:

أ - العلاج الكلامي بالتمارين والقراءة العالية؛ والتكلُّم أمام المرآة؛ والقراءة على صوت الموقّت الموسيقي (الكرونوميتر): (Chronometer).

ب - استخدام الأسلوب السلوكي المستند على عمليات الإطفاء للمنعكسات الشرطيّة.

جـ - تطبيق العلاج النفسي الذي يكشف العلاقات الخاطئة ويصحّحها.

الاضطرابات الوجدانية للأطفال: Children Affective Disorders:

وهي عبارة عن تحوُّلات انفعاليّة مختلفة الدرجة والشدّة وأبرزها:

١ - سرعة الغضب والعدوان: Anger + Aggression:

أ - يظهر الغضب عند الطفل على شكل (مشاكسة وعناد) أو انفجار عاطفي حاد Temper Tantrum والانفجار السريع دون مبرر يكمن وراءه احتمالات وجود (صرع صدغي) عند الطفل.

ب - يغضب الطفل بسرعة نتيجة ضغط أو حرمان لاحتياجاته الأساسية ومع المحاولة لإشباع احتياجاته لا بد أن نغرس لديه القناعة والالتزام بحدود معيّنة دون ميوعة وشطط.

٢ - الإسفاف بأحلام اليقظة: Day - Dreaming:

أ - أحلام اليقظة هي شيء اعتيادي عند كل طفل كتمارين للخيال والفكر على أن لا تصل إلى حد الإسفاف والخلط بين (الواقع/ والخيال)

وتزداد عند الأطفال الذين يعانون الوَحدة والحرمان والعزلة أو الأطفال الوحيدين بالأسرة.

ب ـ الاهتمام بإحاطة الطفل بنشاطات يشارك فيها معه أطفال آخرون من عمره وعدم تعريضه للعُزلة؛ ووضعه باستمرار في تمارين وألعاب واقعيّة مستمدّة من نماذج وأدوات عمليّة.

٣ ـ الكآبة: Depression:

وهي جزء من العصاب وهي نوعان:

أ ـ كآبة ذهانية دوريّة وهي نادرة بين الشباب والأطفال.

ب ـ كآبة انفعالية وهي شائعة وكثيرة الحدوث عند الأطفال والشباب وتعكس عدم الارتياح والتعاسة.

جـ ـ أكدت بحوث (باولبي: ١٩٤٤) أن افتراق الطفل عن الأم وعن أبويه في السنوات الخمس الأولى يولّد لديه (اضطراباً وجدانياً) ويظهر على شكل توعك وقلق وعدم استقرار واضطراب في الطعام وفقدان الشهية وكآبة وسلوك جناحي أحياناً.

السلوك الجناحي للأطفال:(١)

أ ـ يتعلم الطفل معنى القانون والأخلاق والعادات والتقاليد عندما يصطدم بها من خلال السلوك الجناحي.

ب ـ إن السلوك الجناحي ليس (مرضاً مستقلاً) عند الأطفال ولكنه سلوك ناتج من أمراض مختلفة (عصابية وذهانيّة) وقد يكون حصيلة ظروف اجتماعيّة وماديّة؛ فالأسرة ورفاق السوء والمدرسة وقيم المجتمع وأساليب التنشئة الاجتماعية كلها مسؤولة عن السلوك الجناحي (سبباً وعلاجاً) وتحدد معظم الدول في قوانينها عُمر الحَدَث بين (٨ ـ ١٨) سنة.

---

(١) راجع د: مصطفى حجازي [الأحداث الجانحون] بيروت ـ لبنان ـ دار الطليعة.

جـ - ينعكس سلوك الحَدَث بأشكال متعدّدة: (كالسرقة/ والكذب المستمر المتكرر؛ والهرب من المدرسة ومن البيت، والقسوة والاعتداء على الحيوانات والآخرين وعلى الممتلكات وأرواح الناس؛ وإشعال النار؛ والجرائم الجنسية وحوادث التفجير والجرح والأذى والقتل وحمل السلاح والجنوح المتكرر.

العلاج:

أ - تطبيق أسلوب (العلاج السلوكي) الصارم المرتكز على برمجة يومية للسلوك قائمة على الثواب والعقاب.

ب - التأهيل المهني لامتصاص الطاقات المكبوتة والقدرات ووضعها في مجال عملي يدوي يعيد للحدَث الثقة بإمكانية كسب حياته ورزقه بشكل شريف وسليم وغرس المسؤولية الفردية والانتماء الاجتماعي والالتزام بالقانون واحترام الغير وممتلكاته.

جـ - التركيز على (القيم الخلقية) وبنائها عند الحدَث لتكون بمثابة (الضوابط) و(المعايير) لسلوكه وتعديل انحرافه وبشكل خاص (الضمير والوجدان الديني).

د - برمجة نشاطاته في الألعاب الرياضيّة والمعسكرات الكشفية والسباحة والموسيقى والرحلات والرسوم والفنون وصناعة النماذج والأخشاب وتكوين (القدوة الصالحة من الكبار) أمامه وعزله عن (رفاق السوء) وإحاطته (برفاق مختارة) تساهم بتطوير سلوكه وتحسينه وتصحيحه وربطه المستمر بالواقع والعمل والمسؤولية وإعطائه فُرص (النجاح) لرفع ثقته بالخير وبذاته كبديل للفشل واليأس.

[مشكلة التبوُّل اللاإرادي للأطفال] سلَس البول: Enuresis:

تعريف المشكلة أو المرض:

التبول اللاإرادي هو عدم قدرة المصاب على ضبط معصرة المثانة

وجريان البول في سن تتجاوز الحد الطبيعي لسلس البول الفيزيولوجي، وتصل بين (٧ ـ ٨) مرات باليوم؛ والعمر من (سنة ـ سنة ونصف) للتبول النهاري و (ستان ونصف ـ ثلاث) للتبول الليلي وقد يمتد عمر الطفل في التبول اللاإرادي إلى سن الـ (١٢ ـ ١٤ ـ ١٨) سنة.

أعراض التبوُّل اللاإرادي وسماته العامة:

١ ـ يمثل التبوُّل اللاإرادي (سلس البول) عند الأطفال (ظاهرة عُصابيّة) ومن الأطباء من يعتبره (اضطراباً سلوكياً) وعملية التبول انعكاسيّة لها مراكزها في الحبل الشوكي السفلي ويكون التبول اللاإرادي أكثر حدوثاً (في الليل من النهار) مرة واحدة أو مرات متعدّدة.

٢ ـ يصاحب سلس البول أحياناً سلس الغائط وتبدو مؤشّرات القلق والعُصاب واضحة على الطفل كمص الأصابع وقضم الأظافر وسحب الشعر أو التهيُّج الحركي.

٣ ـ سلس البول أكثر انتشاراً بين الأطفال الذكور على الإناث ويصيب ١٥ ـ ٢٥٪ من الأطفال في سن (٥ ـ ١٢) سنة وقد يستمر عند الأفراد حتى سن الـ (٢٠ ـ ٣٥) من الناس وينتشر عموماً في الطبقات الاجتماعية الدنيا من المجتمع.

٤ ـ يصاحب سلس البول شعور الاكتئاب وعدم الاستقرار والمخاوف من العقاب ونقد الآخرين والشعور بالذنب والعار والخجل.

الأسباب والإنذارات:

١ ـ تعتبر الأسباب العضوية أساسية في التبول اللاإرادي مثل:
[عاهات ونواقص في الجهاز العصبي ـ الاستعداد الفردي الوظيفي للجهاز البولي كضيق الأقنية البولية أو وجود التهابات أو استسقاء في

النخاع الشوكي يؤثر على عمليات التبول ـ إصابات (بالبلهارسيا) من مياه قذرة أو (الإنكلستوما) ـ وجود بول حمضي مركَز ـ ضعف جسمي عام أو فقر دم (أنيميا) ـ سوء تغذية ـ اضطراب أو حساسية في الجهاز العصبي ـ عاهات موضعية في المثانة أو الحالبين أو مجرى البول ـ النوم الثقيل المانع للطفل من النهوض لتفريغ مثانته ـ نوبة صَرَع ليليّة ـ تأخر عقلي محتمل وعدم نضوج في المراكز العليا للمخ وغيرها. . .]

٢ ـ **أسباب تكوينية مثل:** [الاستعداد الوراثي الخاص بنمو ونضج المعصرة والمثانة والأعصاب التي تزوّدها فيتأخر ضبط البول ـ ولادة طفل من أبوين مصابين بسلس البول أو أحدهما].

٣ ـ **أسباب عائلية واجتماعية: مثل:** [سوء التربية وإهمال الطفل ـ عدم الاكتراث بضبط التبول ـ قلة الاهتمام بالنظافة ونشوء الطفل على ذلك ـ عدم تعويد الطفل على النظام في الغذاء والأشربة وتنظيم التبوُّل ومواعيده وطُرقه].

٤ ـ **الأسباب النفسية مثل:** [قسوة الأبوين أو أحدهما والنقد الدائم للطفل وعقابه ـ شعور الطفل بعدم الأمان والاطمئنان وصراعه بين التدليل أو الشدّة ـ الحرمان العاطفي والبعد عن الأم لسفر أو وفاة أو طلاق أو تفكك عائلي ـ تفضيل الأبوين أحد إخوته عليه ـ ابتعاده عن البيت لالتحاقه في مدرسة داخلية ـ الإسراف في الأوامر والنواهي على الطفل والتوقعات العالية والكثيرة منه من الأبوين ـ اضطرابات انفعالية حادّة وعدم غرس الاستقلال والاعتماد على النفس عند الطفل ـ خبرات فردية وعائلية سيئة ـ عدم وجود حب ورابطة انتماء ـ صراعات وقلق غامض ـ ويكون التنفيس لكل ما مضى (التبوُّل اللاإرادي) كمخرج للمخاوف.

التشخيص الفارق:

١ ـ الفحوص الطبيّة الدقيقة تميّز أسباب التبوُّل اللاإرادي (العضوية) أم (النفسية).

٢ ـ كثـرة التبـوُّل المتكـرر: Frequency تؤكـد أن سببـه عُصـابي أو سيكوسوماتي (نفسجسمي) وهذا يختلف عن (سلس البول العام).

٣ ـ (التبول السكري) أيضاً له سمة اضطرار الطفل للتبول بكثرة في فراشه لا بسبب سلس البول ذاته بل (لكثرة البول) المحصور في المثانة.

العلاج: Treatment and Therapy:

حالة عيادية ـ سريرية: (س ـ خ)

«صاحبة الحالة فتاة عمرها (١٥) سنة تشكو ضيقاً وتبوُّلاً أثناء الليل. الأب يعمل بالتجارة ومتزوج من زوجتين، ماتت أولاهما وهي (أم الفتاة) صاحبة الحالة منذ (٤) سنوات حين كان عمر الفتاة (١١) سنة، والزوجة الثانية عمرها (٢٠) سنة. البنت هي الثانية في الأسرة ويسبقها ولد ذكر يكبرها بسنة؛ والأخير ذكر وعمره (٨) سنوات، وزوجة الأب الثانية لم تنجب أطفالاً حين بدأت البنت تتردَّد على العيادة النفسية. زواج الأب كان حين كان عمره (٢٤) سنة وعاش مع زوجته الأولى (١٧) عاماً ووفاتها كانت بسبب (اضطراب في القلب وروماتيزما). وذكر الأب بالعيادة أن زوجته الأولى (أم صاحبة الحالة) كانت عصبية المزاج، قليلة الصبر، تشكو من حالة الروماتيزما وعكست ذلك كله على أولادها وكانت (دائمة الشجار) معهم وقاسية معهم جداً وتعتبرهم (مصدر شقائها) وانتقل عداء الزوجة ومشاجراتها إلى (أقارب الزوج) وبالذات شقيقه الذي تشاجرت معه منذ (٧) سنوات، وانتهت المشاجرة بإشعال النار في نفسها ودخلت على زوجها كذلك وسبَّبت له الذعر فقام بتمزيق ثيابها لإنقاذها من النار فأصيبت يداه بالحروق والجروح التي لا يزال أثرها واضحاً. وترك ذلك بنفسه اضطراباً نفسياً. كان الزوج يفزع جداً عندما يرى النار؛ ويرتجف إذا طرق أحد باب غرفته، ومع وفاة الزوجة الأولى قرر أن يتزوج (زوجة ثانية) وصفها بالهدوء وطيبة القلب، أما (صاحبة الحالة) تصف الزوجة بأنها شديدة الغيرة وهدفها إلقاء الفتنة بين الأب والأولاد وغايتها تأجيج الخلافات ونشر الحزن والبخل في المصـروف لتحافظ على المـال لنفسـهـا وشـراء الحلي والمجوهرات لها وحرمان الأولاد من الضرورات الغذائية.

وقد كانت ظروف الحمل والولادة (للفتاة صاحبة الحالة) عادية ولكن في اليوم الأول (بعد ولادتها) أصيبت الفتاة (بنزيف من السُرَّة) لمدة ساعتين، وكانت ضعيفة البُنية (وفُطمت) في تمام السنة والنصف. وتمّت (عملية المشي) في السنة الثانية و (تأخر الكلام) حتى الثالثة ـ. وفي سن الخامسة لم تتمكن من التحكم في التبول واستمر ذلك عندها فهي تتبول على نفسها ليلاً مرة أو مرتين في بداية الليل وآخره. وأضاف الأب أن هذه البنتَ أصيبت بالتفوئيد في الثالثة من عمرها مما أنهك صحّتها جسمياً ونفسياً».

ملاحظات إكلينيكية على الحالة:

١ ـ الطفولة المبكرة لصاحبة الحالة أحاطتها مشاعر الخوف والاضطراب النفسي لتبرم الأم بالأولاد وسوء المعاملة ومرض الأم وفشل الأب بتعويض أطفاله العطف والحنان الضروري لهم.

٢ ـ وقعت البنت بصراعات نفسية لفقدانها الشعور بالانتماء وإشباع حاجات الطفولة فوجدت (التبول) متنفساً بشكل مَرَضي باثولوجي.

٣ ـ الاستعداد العضوي عند الفتاة ساعد على نشوء المشكلة. فالتيفوئيد عندها وضعف البنية دلائل وجذور قائمة.

٤ ـ زوجة الأب الثانية ضاعفت آلام البنت وزادت شعورها بعدم الأمن وظهر ذلك من خلال المخاوف؛ فالأحلام المزعجة التي كانت ترى الفتاة خلالها (عبداً أسوداً) هاجماً ليقتلها بعد أن كتم أنفاسها مثال لتلك الصراعات.

خطوات معالجة الحالة:

١ ـ تبصير (المريض ـ المريضة) بالأضرار الناتجة عن تلك العادة (اجتماعياً ـ صحيّاً ـ نفسياً) لا سيما نحو المستقبل واحتقار المجتمع

لهذا السلوك واحتمال الفشل في الحياة والعمل، والتشجيع في السفر والنجاح والفُرص الطيبة إذا حصل (الضبط) لتلك العادة الذميمة، وتعديل المواقف الخاطئة تربوياً وعائلياً.

٢ ـ الإيحاء التشجيعي لغرس الثقة بالنفس، والإشعار بالحب؛ ومقارنة صاحبة الحالة أو صاحب الحالة بالزميلات والزملاء الذين لديهم صفة الضبط الذاتي؛ وعدم التركيز على خطأ الطفل.

٣ ـ التنظيم الغذائي ببرنامج صارم يومي مع التقليل الكامل من السوائل واللبن والضبط للمشروبات، واستخدام (الأدوية) التي تقلل من إفراز الماء من الكليتين كنشوق خلاصة الغدة النخامية.

٤ ـ التفريغ الكامل للبول يومياً قبل النوم بقليل وعند النهوض من النوم.

٥ ـ تطبيق (العلاج السلوكي المبرمج) الذي يعتمد على الثواب والعقاب وإعادة التعلم والتدريب لاكتساب عادات جديدة وأنماط سلوك جديد؛ مع محاولة تجاهل المشكلة كمشكلة وتسلية الطفل بالقصص والمجلات والرياضة والألعاب.

٦ ـ مساعدة خارجية بمراقبة (وقت التبوُّل) والاحتياط المُسبق عليه بدقائق لإيقاظ الطفل أو المصاب وتوجيهه للذهاب إلى المرحاض (على الفور) مع استعمال الساعة الرنّانة.

(مثال لسجل النجاح أو الإخفاق لضبط السلوك)

اسم الطفل: المدّة:

الأيام	الليالي النظيفة	المكافأة	العقاب
السبت	✓		
الأحد	×		
الاثنين			
الثلاثاء			
الأربعاء			

علاجات إضافية لمشكلة التبوُّل اللاإرادي بالدواء:

١ ـ استخدام العقاقير المساعدة لتقوية (معصرة المثانة) أو ترخية عضلاتها وحساسيتها وهي ذات مفعول سمبثاوي محفّز أو مفعول مضاد للباراسمبثاوي، وأهمها:

أ ـ الايفدرين (حبوب قبل النوم) ٥ ملغرام.

ب ـ البلادونا قبل النوم (١٠ ـ ٢٠) قطرة.

جـ ـ مركبات الامفيتامين ـ البنزدرين يقاوم النوم الثقيل.

٢ ـ عقار (التوفرانيل) إذا كان المصاب يواجه قلقاً وكآبة.

اضطرابات النوم عند الأطفال: Sleeping Problems of Children

تعريف المشكلة:

وهي تعرُّض الطفل لقلق واضطراب قبل النوم أو أثناءه أو بعده يمنع عنه الراحة والطمأنينة لإشباع غريزة النوم الهادىء الهانيء.

الأعراض:

١ ـ المشي أثناء النوم (التجوال الليلي): Somnambulism:

أ ـ يبدأ هذا السلوك في الطفولة ويزداد عند الإناث على الذكور، ويتوقف عند البلوغ وقد يستمر حتى أواسط العمر.

ب ـ ينسى المصاب (أثناء التجوال) ما يحدث له، وقد يستيقظ فجأة ويصاب المريض بفزع أو إغماء ويشبه سلوكه حالة (الانشطار الهستري) مع فزع ليلي وينشأ المرض من صراع وعدم ارتياح وتفكك عائلي.

٢ ـ الكلام أثناء النوم: ويكون (بشكل كلمات أو قصة أو صراخ).

٣ ـ فزع الليل: Night Terror:

أ ـ وهو دليل واضح لقلق واضطراب خطيرين أكثر من (الكابوس).

ب ـ عند تخطيط دماغ الطفل يظهر الاضطراب واضحاً ومن علاماته نهوض الطفل من النوم مذعوراً دون أن يدرك من حوله وما حوله.
جـ ـ لا يستجيب الطفل للتهدئة بسهولة وفي اليوم التالي ينسى ما حدث.

٤ ـ **الكابوس : Nightmare :**
أ ـ هو حلم مخيف ينهض الطفل منه مذعوراً ولكنه يدرك أنه حلم ويعرف من حوله ويستجيب للتهدئة.

ب ـ الكابوس يعكس حالة قلق ومخاوف.

٥ ـ **صرير الأسنان : Teeth Grinding** ; ويُسمع بها صوت الأسنان تصطك أثناء النوم كمظهر للاضطراب.

خطوات علاج اضطرابات النوم عند الأطفال:

١ ـ غرس وتنظيم عادات النوم السليمة وتوقيتها المريح منذ الولادة عند الطفل مع (اعتماد الطفل على نفسه) بعد تدريبه وملاحظته.

٢ ـ عدم ترك الطفل على (ثدي الأم) أو مع (زجاجة الرضاعة أو ملاّطة الفم) حتى ينام؛ أو أرجحة سريره؛ فكلها عادات تكوّن لديه مبدأ (الاعتماد على الغير) وتشكل عنده على المدى البعيد نوعاً من (الاضطرابات العاطفية).

٣ ـ عدم السماح للأطفال بالسهر لساعات طويلة من الليل وراء التلفزيون أو الزيارات على حساب ساعات نومهم الهانئة.

٤ ـ عدم استخدام الأم (للرضاعة) كأسلوب وحل لإسكات الطفل ليلاً عند بكائه، فذلك يولد لديه ولديها صعاباً انفعالية للمستقبل سيعاني منها الطفل والأم؛ والمطلوب تعويده النوم بمفرده أو بجانب الأبوين في (سريره الخاص). وإبعاد الألعاب والكتب والأطعمة عن غرفة النوم.

٥ ـ الحذر من القصص المُرعبة والتعابير المثيرة للطفل قبل نومه:

(الوحش ـ الجنّي ـ الضبع ـ الشرطي ـ العفريت ـ الغول ـ الرجل أبو رجل مسلوخة حيجي يخطفك إذا ما بتنام ـ حمارة القايلة ـ الطنطول ـ الخ . . .).

مما يسبب له الذعر والأحلام المخيفة المزعجة والكوابيس، وأحياناً الأرق وانقطاع النوم والبكاء والصراخ الدائم.

٦ ـ إبعاد الطفل عن الأفلام المرعبة والمسلسلات التلفزيونية المخيفة وبشكل خاص قبل النوم.

٧ ـ عدم ترك الأطفال الصغار (نياماً في المنزل) وذهاب الأبوين للسهرات والحفلات مما يعرضهم لخبرات سيئة واحتمالات صعبة لا يستطيع بعضهم مواجهتها. وأن لا تكون غرفة نوم الأطفال بجانب الأجهزة الاليكترونية أو الغاز في المطبخ.

٨ ـ المعاملة المتوازنة بين السماح للطفل باللعب والحركة مع الراحة والنوم عند الضرورة وبعد أداء الواجبات المدرسية.

٩ ـ تعويد الطفل بعد (السنة الثانية) من العمر على النوم بمفرده خلال (٢٠ ـ ٣٠) دقيقة وأن يستيقظ من فراشه بساعة مُحدّدة، لغرس روح النظام والاستقلال في سلوكه وشخصيته؛ فالتقلُّب والتململ ومص الشفاه وقضم الأظافر ومشاكسة الأهل والعدوان على الأطفال الآخرين والمشي والكلام أثناء النوم تعتبر كلها مؤشرات عُصابيّة لعدم الحصول على الراحة الكافية وعلى اضطراب العمليات الفيزيولوجية التي تستلزم (تشخيصاً طبياً سريعاً) قد يكشف عن عسر الهضم أو الإمساك أو اضطراب بعض الغدد الصماء أو ديدان أو التهابات موضعية، ومن الخطأ الشائع أن تعالج الأم كل هذه المظاهر الباثولوجية المرضية الخطيرة بمجرد اعطاء الطفل ثديها.

١٠ ـ الابتعاد عن وضع الكثير من كثرة الأغطية على الطفل وتكديس

الملابس وقلة التهوية لأنها تساهم في عملية الأرق وتطرد النوم الهادىء.

١١ - تزويد الطفل (ببرنامج ترفيهي رياضي) لتخفيف الانفعالات الشديدة لديه كالخوف والحزن والأحلام المزعجة التي تولّد غالباً (التجوال السباتي أثناء النوم): Somnambulism.

١٢ - إعطاء الطفل عملاً يبذل فيه (نوعاً من المجهود) كالرُسوم أو الكتابة أو النماذج الخشبية (قُبيل النوم) لينتهي منها ويذهب مباشرةً إلى فراش النوم.

مشكلة الجَوَلان أو التطواف للأطفال: Truancy:

التعريف:

وهي جَولان الطفل أو المصاب في الشوارع والطرقات والسفر أو الهروب من البيت أو من المدرسة.

الأعراض والأسباب:

١ - جفاف (البيئة العائلية) من الحب والانتماء والمثيرات الممتعة للطفل لإشباع رغباته وميوله واحتياجاته.

٢ - إفلاس (المدرسة) والمعلمين والمؤسسات التربوية من أداء دورها التربوي الهادف.

٣ - قسوة أحد الأبوين أو كليهما وضعف الوازع الديني والخلقي.

٤ - المواهب (غير الاعتيادية) عند الطفل أو (المراهق) ووجود (طاقات زائدة متميّزة) لديه لا تجد فهماً وعنايةً بها.

٥ - الجَوَلان (وسيلة تعويضيّة) تابعة من تحدّيات نفسية واجتماعية قهرية.

العلاج:

١ - التوجيه والإرشاد و(المتابعة العائلية والمدرسية) للطفل دون عزل بينهما.

٢ - برمجة (أوقات الفراغ) التي تُعتبر أوضيّة صالحة للانحراف.

٣ - الملاعب الرياضية والموسيقى والمسارح والأندية.

٤ - إشعار الطفل بالصداقة والانتماء لا بالتسلط والسيطرة عليه.

٥ - استبدال أسلوب (العقاب المدرسي والعائلي) بأسلوب التشجيع وتدعيم فُرص النجاح؛ والتعاون الوثيق بين الأسرة والمدرسة.

اضطرابات الطعام والغذاء للأطفال:

طرح المشكلة: تظهر هذه الاضطرابات على شكلين:

١ - قلّة الشهية وعدم القابلية للطعام وهي شائعة ومنتشرة

٢ - الشهيّة الزائدة والشراهة وهي أقل شيوعاً

ضعف وقلّة الشهيّة:

أ - أثبتت الدراسات الفيزيولوجية عند وجود علاقة مباشرة بين الاضطرابات العضوية واضطرابات الغذاء والشهيّة فهناك ارتباط بين الأمراض الهضمية والقيء وحياة الطفل الغذائية والانفعالية من غضب وخوف وسورة وذعر.

ب - أثبتت البحوث أن قلق الآباء الزائد عن الحد على ضعف الشهية للطعام عند أطفالهم يولد (نتائج عكسية) فيزيد من إحجامهم عن الطعام.

جـ - إن تنظيم وجبات الغذاء وعادات النوم والإخراج لا بد أن تغرس غرساً في سلوك الطفل من الأيام المبكرة قبل وصوله لمرحلة المراهقة ومواجهة متاعب نفسية وجسمية لا حدود لها.

العلاج:

(حالة من العيادة)

طفلة عمرها (٦) سنوات ماتتْ أمُّها بمرض الرئة، فاشتدّ خوف الأب على أن تكون قد أصيبت بمرض الأم؛ مما دفعه إلى إرغام الطفلة باستمرار على تناول كميات كبيرة من الطعام؛ ولما كان أسلوبه شديداً يمارس فيه الضغط الدائم على الطفلة فقد ولّد ذلك عندها (فقدان الشهية)؛ فكانت في أحد الأيام تلتهم الطعام التهاماً بدافع الخوف والشدّة من أبيها وفي يوم آخر تمتنع نهائياً عن الطعام، فلا تأكل لقمة واحدة إلا حين يقدّم لها الإغراء و (الرشوة)، وتعمل عند تناول وجبة الطعام جذب عطف ورعاية والدها نحوها؛ وتفرض نفسها عليه، وتضطره أن يجلس لإطعامها أو يقص عليها القصص. وهكذا أصبح كل منهما (يؤثر سلبياً) في الطرف الآخر نتيجة للتطرف والمبالغة في الحنان والقلق على غذاء الطفلة.

خطوات علاجية:

١ - الاهتمام بنوعية الطعام أكثر من كميّته وعناية الأبوين بنظافة المكان والمقبّلات والتوقيت الزمني المنظم للوجبات الغذائية لتخليص الطفل من الفوضى.

٢ - جلوس الأم إلى جانب الطفل وتشجيعه على الطعام بقصص أو صُور أو موسيقى وأغاني ومُقبّلات وأطعمة متنوّعة ومتابعة مستمرة للطفل مع الصبر والأناة حتى تتمكن من إغراء الابن وجذبه ليستشعر متعة الغذاء والطعام.

٣ - تغيير (الاتجاهات عند الأباء والأبناء) بالتبصير بالأضرار الناتجة والأمراض المتوقّعة نتيجة للغذاء السيء أو الطعام القليل غير المنظم وغير الثري بنوعيات الڤيتامينات الأساسية للوجبة السليمة.

٤ ـ ضرورة (عدم مبالغة الأبوين في التشديد) على الأولاد عند عدم الإقبال على الطعام أو منعه عنهم حين يرغبون فيه، واتخاذ الأسلوب المعتدل في ذلك؛ وكثير من الأطفال يقعون في ردود أفعال عكسية نتيجة للمبالغة؛ فحرمان الطفل من حقّه واحتياجه للطعام وقفل المطبخ أمامه وتجويعه أو تعويده بالقدوة السيئة على الشراهة قد يولّد لديه سلوكاً شرهاً نحو كل طعام يراه ويلتهمه التهاماً، وكذلك اشمئزازه ونفوره وقلة شهوته نحو أي طعام تكون (عادات مكتسبة) وتعلماً خاطئاً غرسه فيه الأبوان بقصد أو بدون قصد منهما.

السلوك السايكوسوباتي للأطفال

تعريف:

وهو السلوك اللااجتماعي (غير المسؤول) وأحياناً الجناحي الذي يمارسه (الطفل أو المراهق) عابثاً بممتلكات الآخرين وتقاليد المجتمع مستخدماً العنف والطيش والعدوان دون تقدير لعواقب سلوكه.

الأعراض والسمات: (مورجان) و(دافيد كلارك):

١ ـ السلوك السيكوباتي مظهر من مظاهر اضطرابات الشخصية يزداد عند المراهقين وفي مرحلة الطفولة المتأخرة.

٢ ـ يتسم بسرعة القرار الطائش والتقلب المزاجي المستمر وعدم الشعور بالمسؤولية وعدم احترام القوانين أو الامتثال للواجب.

٣ ـ يضرب عرض الحائط بالأخلاق والقيم والمثل العليا والتقاليد ولا يهمه العقاب ويتصف بعدم النضج والضحالة العاطفية.

٤ ـ عدم الاستبصار وعدم الوعي لما يفعله من أعمال.

٥ ـ بعض السيكوباتيين عدواني مندفع وأناني وسادي وبعضهم عاجز

ومتشرد متنقّل يبحث عن اللذة الوقتية وقليل الصبر ومُشاغب وضعيف الإرادة أو مُحتال ومتمارض.

٦ - السلوك السيكوباتي يعيده بعض العلماء لأصل وراثي وآخرون لأسباب عضوية أو جسمانية أو وجدانية غير ثابتة ويقسمه (د. كلارك) إلى عدواني؛ وغير متوافق ناشز.

٧ - يؤكد بعض الأطباء أن الانحراف السيكوباتي هو مرض الطفولة المبكرة وهذا المرض (يقاوم كل أنواع العلاج) وقد يستمر مدى الحياة بينما يؤكد (السلوكيون Behaviorists) أن مؤثرات البيئة وعدم الأمن في المجتمع يكوّن الأطفال السيكوباتيين[١].

ويتعاون في العلاج الطبيب والأخصائي النفساني والاجتماعي والمرشد المهني.

مشكلة الغيرة عند الأطفال:

التعريف:

الغيرة هي شعور مؤلم يتمالك صاحبه (طفلاً أو كبيراً، ذكراً أو أنثى) ويتولّد عن (إحباط) لمجهود وصراع نتيجة عدم القدرة أو الإخفاق في الحصول على شيء مرغوب كالحب أو الاهتمام أو النفع من الغير ويرافقه خوف أو حرج يحطُ عزّة النفس ويرتكز على (التنافس) ونابع من غريزة التملُّك والاستحواذ.

الغيرة هي حب شديد مفرط في البداية يتحوُل إلى كراهية وتنافس وصراع غاضب وحسد. وتزداد الغيرة (بين الأطفال) وقد تصل إلى حد

---

(١) راجع د. عطوف محمود ياسين - علم النفس العيادي - ١٩٨٦ الطبعة الثانية - بيروت - دار العلم للملايين - ص: ٢٣٧ (المرض النفسي السيكوباتي) - ص ٢٤٢.

الحقد والعدوان وبين النساء والزوجات وبين التلاميذ في المدرسة وبين أختين في أسرة واحدة أو رجلين في مكان العمل الواحد وتحت إشراف مدير واحد؛ فهي شكل من أشكال الخوف لفقدان شيء ونوع من التنافس بين الأفراد بشكل غير متكافىء.

أعراض الغيرة وسماتها العامة:

١ ـ طغيان الروح الأنانيّة الذاتية على الروح الجماعيّة والإيثار.

٢ ـ ضعف الذات والثقة بالنفس وعدم الأمان النفسي.

٣ ـ الرغبة الجموحة في التملك والاستحواذ والحرمان العاطفي.

٤ ـ عدم التوافق الفردي وعدم التكيف الاجتماعي.

٥ ـ الشعور بالشكوك والأوهام ومركب النقص والعجز.

٦ ـ الشعور بالروح العدوانية والضوضاء ومضايقة الآخرين والكراهية والحقد والنقمة نحو الآخرين مع مكاسب قليلة وخسائر فادحة.

أسباب الغيرة:

١ ـ الخلل التربوي في (الأسرة) وعدم التساوي في معاملة الأولاد لضحالة الوعي عند الأبوين أو أحدهما بتفضيل الولد الأول الأكبر أو الأخير الأصغر.

٢ ـ تباهي الزوج أمام زوجته بمغامراته العاطفية ومبالغاته بها وكشف جميع أوراقه أمامها يحوّل المنزل بأكمله إلى ميدان للشكوك والغيرة المتواصلة.

٣ ـ المشاحنات العائلية بين الأبوين على مسمع ومرأى من الأطفال.

٤ ـ الحرمان العاطفي للطفل وعدم مواجهة احتياجاته الأساسية، أو الحرمان العاطفي عند الأم وعدم نضجها (قبل الزواج).

٥ - ضعف الثقة بالنفس منذ الأيام المبكرة يولِّد الغيرة.

٦ - الطلاق أو موت أحد الزوجين في الأسرة والتفكُّك.

٧ - المستوى المالي الضعيف للأسرة ودخلها المحدود بجانب الجيران الأغنياء أو المترفين مما يُثير الأطفال كثيراً.

٨ - عدم تدريب الطفل على احترام ملكيّة الغير وحدود الحقوق

والواجبات وإفهامه ما هو له وما هو عليه حتى لا ينمو ويفهم الحياة بأنها استحواذ واقتناء فقط.

٩ - عدم شعور الطفل بالأمن والقناعة والاحترام من الغير ومحاولاته (لجذب انتباههم) نحوه بشتى الأساليب.

١٠ - التنافس غير السليم وغير المتكافىء وغير العادل بين أفراد المجتمع وبين أفراد الأسرة ووجود فجوات هائلة من التفاوت الظالم الذي يخلو من العدل والمعايير، والكفاءات الصحيحة.

١١ - وجود عدد كبير من البنات في العائلة مقابل (ذكر واحد) أو عدد كبير من الذكور مقابل (بنت واحدة).

١٢ - تعلُّق **الطفل** الشديد والتصاقه الأتكالي بالأم واعتماده عليها دون غيرها وبشكل متطرّف يمثّل التبعيّة وعدم الاستقلال، ومن الأمهات الجاهلات من يتعمّد ذلك كعلاج لمشاكلها العاطفيّة.

١٣ - المبالغة الشديدة من الأبوين أو أحدهما في (القسوة) و(التسيب) للطفل أو التدليل والحنان المفرط.

١٤ - تفضيل المعلّمة في المدرسة تلميذة على غيرها والتركيز على الإهانة والزجر والعقاب.

علاج مشكلة الغيرة:

١ ـ تحاشي كافة الأسباب المؤدية للغيرة؛ وإعداد المناخ النفسي والاجتماعي السليم بين الأخوة والأخوات في الأسرة وبين التلاميذ والتلميذات في المدرسة على قدم المساواة والتكافؤ.

٢ ـ إشباع الرغبات والاحتياجات العاطفية والتربوية عند الأطفال وتزويد الطفل المحروم بقدر كافٍ من العناية والرعاية والأمن النفسي برد الاعتبار والتقدير والحب وفسح الفُرص والمجالات والمشاركة وتدريبه على التكيُّف وتقبُّل الالتزامات والخسائر دون غضب.

٣ ـ رفع الروح المعنوية وقاعدة الثقة بالنفس وخفض مستوى المخاوف والقلق وعزل المشاحنات العائلية عن الطفل.

٤ ـ تخفيف حدّة التوتر بين (طرفي التنافس) والغيرة وبث الروح الرياضية والتسامح والقبول والتعاون بينهما وتحويل التنافس المدمّر إلى تنافس بناء وسليم وبريء.

٥ ـ استخدام الفكاهة والمرح كبديل للإغاظة والكيد والكراهية والأحقاد والإثارة.

مشكلة السرقة عند الأطفال

التعريف:

السرقة هي العدوان المقصود أو غير المقصود على (ملكيّة) الآخرين.

الأسباب:

- عدم وجود معايير أخلاقية أو دينية في الأسرة والافتقار للتنشئة السليمة القويمة وضعف الوازع الديني والضمير والمُثل العليا.

٢ ـ القدوة السيئة أمام الطفل ممن يمارس أمامه السرقة الخفيفة في الأسرة أو في المدرسة أو في المجتمع أو (رفاق السوء).

٣ ـ الحاجة والحرمان والفقر والدخل المحدود.

٤ ـ الانتقام من الآخرين لا سيما ممن أساؤوا لـه.

٥ ـ التعويض عن حنان وحب وعطف مفقود من أهل أو رفاق.

٦ ـ إثبات الذات عن طريق السرقة كنتيجة للغيرة بين الأولاد داخل المدرسة أو الأسرة.

٧ ـ إهانة الطفل وعقابه وضربه ونقده الدائم من الأهل أو من المدرسة.

٨ ـ مشاعر النقص والدُّونية وكسب الشهرة وتقليد الكبار في الملابس الفاخرة والساعات للتظاهر أمام الرفاق بالثراء والفخر.

٩ ـ التقليد والمنافسة للآخرين لا سيما (اللصوص) والتوجيه المادي البحت للعائلة وتبدأ السرقة (صغيرة) وتصل إلى (الملايين) من حقوق الناس، وممتلكاتهم.

١٠ ـ المجلات البوليسيّة والأفلام الإجرامية والمسلسلات التلفزيونية العدوانية تدفع السارق دفعاً نحو سلوكه وتوحي له بالسبل والمبرّرات.

١١ ـ احتمال وجود ذكاء منخفض عند الطفل لا يسمح له بالتفكير في عواقب السرقة.

١٢ ـ الفشل في الدراسة أو الإخفاق في الحياة والعمل أو إشباع انفعالي لطاقات زائدة لم تجد التشجيع أو المتنفّس الطبيعي لها.

العلاج:

١ ـ أن نتحاشى كافة الأسباب السابقة من مصادرها ونهيء للطفل منذ نعومة أظفاره قاعدة أخلاقية وتدريب وتربية وجدانية يعرف فيها (الخير

والشر والأمانة والفضيلة) بالممارسة والقدوة الحسنة أمامه وعزله عن رفاق السوء ومؤثرات الانحراف.

٢ ـ غرس (احترام ملكية الغير) بعد إشباع (حاجاته الذاتية) دون إسفاف أو قُصور وتدريبه على احترام (الملكية الجماعيّة) واستخدام الأسلوب السلوكي القائم على (الثواب والعقاب).

٣ ـ تبصيره بالقوانين ونتائج السرقة اجتماعياً وشخصياً على سُمعته ومكانته بين الناس ومستقبله ونجاحه في الحياة العامة؛ واستخدام التحذير والإنذار.

٤ ـ عدم مبالغة الأبوين الشديدة (بخطأ طفيف) يصدر من الطفل للمرّة الأولى وإعطائه الفرصة دون إهمال لتقويم سلوكه.

٥ ـ عدم تفضيل الإخوة أو التلاميذ على الطفل ووضعه في خبرات عائلية ومدرسيّة عادلة ومتكافئة الفرص.

مشكلة الكذب عند الأطفال

التعريف:

الكذب هو الانحراف عن التزام الصدق في القول والعمل والسلوك.

الأسباب:

١ ـ يكذب الطفل لأنه (تعلّم الكذب) من قدوة سيئة في الأسرة أو المدرسة أو المجتمع أو بحكم التقليد وعناصر السوء من حوله.

٢ ـ يكذب الطفل للهروب من المسؤولية أو الواجب أو لفشله بتحقيق نجاح.

٣ ـ يكذب الطفل للتخلُّص من عقاب أو ورطة أو خطر أو وعيد.

٤ ـ تأثير المجتمع الذي يدرّبه على الموازبة والازدواج والنفاق الاجتماعي وانتحال الأعذار الواهية والنجاح بواسطتها وإسقاط الكذب على الآخرين والهروب من العمل والمسؤولية والواجب، والعدوان على حقوق الآخرين والمبالغات اللفظية والشعورية، وكثيراً ما يكون الكذب (أحلام يقظة) غير مقصود.

٥ ـ التوجه المادي الشديد والتنافس في المجتمع وفقدان الوازع الخلقي وفقدان القدوة الطيبة وانهيارها وزلزلة القيم والمفاهيم وانهيار المعايير الإنسانية وانتشار الرشوات والتشجيع عليها.

٦ ـ عدم تقدير الآخرين للفرد وشعوره بالنقص والانتقام بمحاسبة الأثرياء والأقوياء.

العلاج:

١ ـ تحاشي كافة الأسباب السابقة من مصادرها وإعداد نظام تربوي (سلوكي) للطفل تطبقه المدرسة والأسرة وكل قطاعات المجتمع.

٢ ـ إعطاء الطفل الفرصة (بعد التحذير الأول) وتشجيعه على الاستقامة والأمانة بدلاً من استمرار العقاب والزجر.

٣ ـ سد احتياجات الطفل المادية الضرورية دون إفراط أو تفريط وتهيئة القدوة الصالحة أمامه ورفاق الأمانة حوله وبدونهما لا يستقيم سلوك؛ ويطبّق معه (العلاج السلوكي).

٤ ـ تبصير الطفل إرشادياً وباستمرار بقيمة الأمانة والصدق وربطها بنجاحه وبسمعته وحاضره ومستقبله ومكانته بين الناس.

٥ ـ وضع الطفل بتجارب ونشاطات يلمس بها النجاح وقيمة الأمانة كبديل للفشل والشعور بالنقص.

٦ ـ استخدام (العقاب بحجم الخطأ) وليس أكبر بكثير وبوحشيّة متهوّرة

كما يفعل بعض الآباء. وعدم الضغط والمبالغة على كل كلمة يلفظها الطفل.

٧ ـ إعطاء الطفل البدائل والخيارات والاختيار بين (الصدق والكذب) كنموذجين في السلوك لبناء (معيار الخير والشر) في ضميره ووجدانه بثبات وبقناعة ذاتيّة لا بمخاوف خارجيّة سلطويّة مؤقّتة التأثير. وإعطائه الفرصة للتنفيس عن (أحلام اليقظة) لديه لتظهر على شكل تعبير صادق عن أحاسيسه بالرسوم والنشاطات والألعاب وممارسة الهوايات بدلاً من خروجها من صندوق الكبت اللاشعوري على شكل (أكاذيب) مفاجئة للأبوين وللرفاق والمعلمين في المدرسة.

مشكلة الغضب:

الأسباب:

١ ـ نقد الأبوين للأطفال ولومهم باستمرار والتركيز على أخطائهم وعيوبهم وقصورهم وسلبيّاتهم.

٢ ـ كثرة المراقبة والتجسُّس على الأبناء والبنات لا سيما حين يحبّون الجلوس المفرد في غرفتهم.

٣ ـ الإسفاف في التدخُّل في شؤونهم الخاصة باستمرار لا سيما في (ملابسهم ـ رفاقهم ـ نومهم ـ دراستهم ـ ومعظم مظاهر سلوكهم).

٤ ـ التوقُّعات العالية من الآباء بالأبناء والضغط الدائم عليهم ودفعهم بشدّة لتحقيق ذلك؛ ومقارنتهم دوماً بالآخرين وتكليفهم بأعمال صعبة فوق طاقتهم.

٥ ـ ينفعل الطفل حين لا يتمكن من تحقيق احتياجاته الفيزيولوجية الأساسيّة وينفعل المراهق من (السلطة) التي تنمو فوق رأسه وتعامله كطفل، وتتحدّى ممتلكاته.

٦ ـ كثيراً ما يكون الغضب نتيجة الغيرة أو سبباً لها، ومن مظاهره محاربة الأهل والخصام ورفع صوت الراديو أو التلفزيون والامتناع عن الطعام أو الهروب من المدرسة ومشاكسة الأبوين أو المعلّمين والعدوان مع أفراد العائلة أو رفاق المدرسة والحي والجيران أو مقاطعة الآخرين.

٧ ـ الشتائم والألفاظ النابية من الآخرين والتحدّيات تستشيط غضب الابن وتثيره وهو مجرد مظهر لأسباب عميقة يجب بحثها وتحليلها.

العلاج:

١ ـ برمجة السلوك اليومي حسب (الأسلوب السلوكي في الثواب والعقاب).

٢ ـ غرس (عادات تربوية سليمة) ويُعلّم الطفل أن لكل شيء: (خطوات ومراحل ـ ولكل خطوة صعاب وعقبات ـ ويقابل كل حرية وحق واجبات والتزامات ومسؤوليات).

٣ ـ تخفيف الآباء والمعلمين لنقد الأطفال وإعطائهم (مدى) من الحرية (محدود) وعدم التدخل في شؤونهم الخاصة.

٤ ـ الوسط والاعتدال في معاملة الطفل فالميوعة وتحقيق كل الرغبات له تكوّن اللامبالاة والإهمال يكوّن الحرمان والكبت.

الخوف عند الأطفال:

أكدت دراسات واطسن أن الأطفال في بدء حياتهم يخافون من:

أ ـ الأصوات المفاجئة والمرتفعة.

ب ـ السقوط من الأعلى إلى الأسفل.

جـ ـ فقدان السنَدَ كالأم وغيرها.

أسباب الخوف:

١ - التربية الخاطئة والتعلم الخاطىء في الأسرة والمدرسة.

٢ - الخبرات السابقة المؤلمة والظلام والرُعب.

٣ - الأفلام المخيفة والقصص الخرافيَة.

٤ - إيحاءات الأهل الخاطئة قبل النوم وألفاظهم المُرعبة.

٥ - الأحلام المزعجة والمشاحنات العائلية، والإثارات للطفل بقصد أو بدون قصد.

العلاج:

١ - إعادة التعلُم بالأسلوب السلوكي والإشراط.

٢ - تجنيب الأطفال مصادر المخاوف ومواقفها وأشكالها مثل (الوحوش - النار - القصص الخرافية - الأفلام المثيرة الخ...).

٣ - إيجاد (القدوة الشجاعة) أمام الطفل ووضعه في نشاطات وممارسات تساهم بغرس الثقة في نفسه ورفع روحه المعنوية.

٤ - تعويد الطفل (تدريجياً) على مواجهة الموقف بالتعلم وتكوين العادة بالتدريب اليومي بحيث ندرّبه على الاستئناس بالحيوان أو المدرسة أو الأنهار أو غيرها من مسببات الخوف مثل:

[الدواء - الشرطي - القطّة - الطبيب والحقنة - طلقات المدفع أو البرق - النهر أو البحر - البناء العالي - المصعد الكهربائي - الكلب - الطائرة الخ...].

أمراض مرحلة الكهولة والشيخوخة

The Aged Disorders and Problems

عناصر الفصل المنهجية :

- تمهيد .
- السمات والتغيرات السيكوفيزيولوجية للشيخوخة .
- أمراض الشيخوخة الرئيسية وعلاجها .
  - [١] ذهان الشيخوخة (البارافرينيا) .
  - [٢] الخوف المبكر وأمراضه :
    - ١ - مرض كوريا - هيتينغتون .
    - ٢ - مرض جاكوب - كروتزفيلد .
    - ٣ - مرض الزهايمر .
    - ٤ - مرض بيك .
  - [٣] حزن الشيخوخة المتأخر .
  - [٤] الأمراض العصبية الوجدانية للكهولة (كالعصاب والاكتئاب) .
- علاج أمراض الكهولة .
- مقارنة بين الخرف المبكر/ وخرف الشيخوخة المتأخر .

الفصل السادس عشر

أمراض مرحلة الكهولة والشيخوخة

The Aged Problems and Disorders

تمهيد:

مــا طــار طــيــر وارتــفــع إلا كــمــا طــار وَقَــعْ

تعتبر مرحلة (الكهولة) نهاية المطاف في (رحلة الحياة) الطويلة وآخر حلقة من (مراحل التطور): Stages of Development وتختلف الدول في موقفها ورعـايتها لهـذه المرحلة؛ فنجـد في الدول المتقـدمة كـالسويـد والدانمرك واليابان وأوستراليا وكندا وروسيا وأمريكا مئات المراكز لرعاية أفراد (هذه الفئة من الجنسين) وتخطيط القرى والمدن الترويحيّة لهم وتزويدها ببرامج ثقافية ورياضية وترويحيّة للاستفادة من (عقول) هؤلاء الناس الذين وصلوا إلى مرحلة من (الحكمة والتجارب: Wisdom and Experience) لا يُستهان بها؛ حتى أن بعض الدول تستفيد من (خبراتهم ومهـاراتهم) في (المجـالس الاستشـاريـة) و(التخـطيط) وتسمّي بعض المؤسسات هذا العمر (بالعمر الذهبي) وهم فوق الستين من العمر: The Golden - Age.

بينما تنحو (دول العالم الثالث) إلى إهمال (الكهول) والتنكر (للشباب) وعدم العناية اللائقة (بالأطفال)؛ لافتقارها إلى (عقلية تربوية منهجية) تعطي لكل مرحلة تنموية دورها؛ والاهتمام اللائق بها.

ولقد أتيحت لي خلال ما يزيد على خمسة عشر عاماً للإقامة في كندا والولايات المتحدة الأمريكية زيارة (عشرات المراكز لرعاية الشيخوخة) التي يطلقون عليها (نوادي العمر الذهبي) واستلفت نظري ما رأيته في الدول الإسكاندنافية بشكل خاص وأوستراليا ويوغوسلافيا واليابان ومركز الطبية النفسية [آنا آسلان: Anna Aslan] في بوخارست برومانيا، وبرامج الرعاية المدهشة التي استقطبت إليها رؤساء الدول أمثال [كينيدي - وديغول - وناغاسوني - وريغان وغيرهم . . .] ونظام (المتجعات المدهشة).

• السمات والتغيرات السيكوفيزيولوجية للشيخوخة:

• ١ - ضعف عام في حيوية الجسم ونشاطه وبطء في التنقُّل والمشي والحركة.

• ٢ - صعوبات في الذاكرة الحديثة وتشتت في الانتباه وقلة تركيز في الذهن.

• ٣ - تبدُّل في الخصائص الجسمية كسقوط الشعر وتجعُّد البشرة وضعف العضلات.

• ٤ - انخفاض حدّة الحواس لا سيما السمع والبصر والجهاز العظمي والدموي.

• ٥ - قلة نسبة الأوكسجين في الدماغ وانخفاض وزنه.

• ٦ - بطء في العمليات العقلية واستيعاب التعلُّم الجديد والأداء الحسي والحركي والتنفسي.

• ٧ - الميل إلى الإنطواء والعزلة وشعور الكهل بابتعاد (الأصغر سناً) عنه

وعدم الارتياح لمن هم (في سنّه) وتضييق دائرة العلاقات الاجتماعية.

- ٨ - التعصب والجمود والتمسك بالقديم والتقاليد والعادات دون مرونة أو قدرة على التفاعل أو قبول الآراء الجديدة.

- ٩ - هبوط الرغبات الجنسية وبرود العواطف وجمودها.

- ١٠ - سمات القلق والاكتئاب لاسيما على وجوه النساء اللواتي زال جمالهنّ أو الرجال الذين زال نفوذهم وشهرتهم.

- ١١ - ظهور بعض المشكلات أو الأمراض الصحيّة في الجسم.

- ١٢ - زيادة نسبة الكبريت ومادة (دي. إن. إي .D. N.A) وانخفاض نسبة البروتينات والشحميات والفسفور والنتروجين في الدماغ. وضمور وفجوات في خلايا القشرة الدماغية السنجابية، وفقدان تدريجي في مادة (نيسل: Nissl) وزيادة في صبغة الخلايا وظهور خيوط ليفيّة عصبية داخل الخلية شبيهة بما يحدث في مرض (الزهايمر).

- ١٣ - التهاب المفاصل واحتمال تصلب الشرايين وأمراض القلب والتبوُّل والسكّر وارتفاع الضغط الدموي.

- ١٤ - كثرة الشك والارتياب بكل ما حوله؛ ومن حوله.

- ١٥ - موت الأقارب والأهل من العمر المتقارب له وابتعاد الكهل عن التواصل والصخب وبروز (الخوف الدائم من المرض والموت) كهاجس دائم ومتواصل؛ ووجود (مفارقات شاسعة) في الحياة والسلوك.

- ١٦ - ضآلة الدخل المالي من (التقاعد) أو (التأمينات الاجتماعية) أو عدم وجود مورد يغطّي حاجاته الأساسية كمعظم بلدان العالم الثالث.

● ١٧ ـ الترمُّل بعد وفاة الزوجة أو الطلاق؛ وزواج بناته وأولاده وافتقاده للعلاقات الأسريّة؛ ويعاني (الكهل) في بعض (الدول الغربية) أزمة الفراغ؛ والوَحدة؛ والانعزال[١].

أمراض الشيخوخة الرئيسيّة وعلاجها:

● [١] ذهان الشيخوخة (البارافرينيا) المتأخرة.

● [٢] الخرف المبكر وأمراضه ـ وخرف الشيخوخة المتأخر.

● [٣] الأمراض العصبية والوجدانية.

● **ذهان الشيخوخة (البارافرينيا): Late Paraphrenia:**

أ ـ وهو مرض عقلي ذهاني شبيه بالفصام وهو عموماً (مرض نسائي).

ب ـ أثبتت الدراسات الحديثة عند (روث ١٩٥٥ M. Roth ـ وكي Kay ١٩٦١ ـ ١٩٧٢) بحدوث ذهان شبيه بالفصام ويتصف بالهلوسات والأفكار الاضطهادية ضد الأقارب والجيران ودعي هذا المرض (البارافرينيا).

جـ ـ أشار (بلويلر) عام ١٩٤٣ أن (١٥٪) من الذهان يبدأ بعد سن الـ (٤٠) سنة و(٥٪) بعد سن الـ (٦٠) سنة؛ وكان (كريبلن) يطلق على اصطلاح البارافرينيا اسم (الفصام الاعتيادي).

---

(١) ٥٢٪ من المسنين ببريطانيا ينال الواحد منهم (٤) باوندز في الشهر من الدولة و٢٢٪ منهم في أدنبرة يعانون فقراً مدقعاً. وفي سنة ١٩٠٠ وصل من تجاوز ٦٥ سنة (٣) ملايين أي ٤٪ من سكان أمريكا وفي عام ١٩٧٠ وصلوا إلى ٢٠ مليوناً أي ١٠٪ من سكانها ومنهم ٤٠٪ في المستشفيات وفي بريطانيا المسنّون في المستشفيات بين ٣٧٪ ـ ٤٠٪ (راجع ص ٢٩١ ـ ص ٢٩٥ د. فخري الدباغ (كتاب أصول الطب النفساني).

د ـ وجد (بوست ١٩٦٦) F. Post أن ذهان الشيخوخة هو فصام جزئي أو غير متكامل ويصيب (غير المتزوجين).

● [٢] الخرف المبكر وأمراضه: **Pre-Senile Dementia**:

ويهاجم المصاب بمرحلة (أوساط العمر)؛ وينتج عن ضمور مستديم لخلايا المخ. ولا يمكن عكسه أو إيقافه وعوامل التدهور ليست بسبب السن ويظهر بين (٤٠ ـ ٦٠) سنة وله (عدة أشكال سريريّة):

● ١ ـ **مرض كوريا ـ هتينغتون**: **Huntington's Chorea**:

ويتسم بحركات الرقص العصبي وقد يبدأ من (٣٠ ـ ٦٠) سنة ويسود فيه الخَرف.

● ٢ ـ **مرض جاكوب ـ كروتزفيلد**: **Jakob- Greutzfeldt Disease**:

وبه توجد إصابة بقشرة الدماغ والألياف الحركيّة النازلة وهو سريع التطور وقد يكوّن شللاً عند المصاب في الأطراف السفلى بصورة مبكرة مع ندارة حدوثه: Paraplegia.

● ٣ ـ مرض الزهايمر: **Alzheimer's Disease**:

● أ ـ هو عموماً (مرض نسائي) ونادر الحدوث بين الرجال وفيه يتكوّن ضمور دماغي في الفص الجبهوي والصدغي والجداري والمخيخ والمهاد.

● ب ـ تحدث فيه تغيُّرات مجهرية في الخلايا أكثر مما هي في خرف الشيخوخة.

● جـ ـ يعاني المصاب اضطراباً في الذاكرة القريبة وصُداعاً وأرقاً وحساسية وسرعة تأثُر ونسيان فاضح لأبسط المواعيد وأعراض عصبية ونقص في الإدراك لماهيَّة الأشياء (آغنوسيا Agnosia)؛ وفقدان لمعاني الحركات (آبركسيا : Apraxia).

وقد لا يتمكن المصاب من لبس ملابسه أو خرس دماغي

ولفظي: Aphasia ثم يصحب ذلك (شللاً متنوع المواضع) أو اختلاجات صرَعية.

- د ـ في المرحلة الأخيرة للمرض نحول جسمي شديد و(خرف) وتشوُّهات وتقلُّصات بالعضلات والمفاصل وتسرع في الحركات وتظهر في مخطط المخ الكهربائي (موجات دلتا الشاذة وعالية الفولتية) والشريحة المخيَّة تؤكد التغيرات الباثولوجية للخلايا وتؤكد التشخيص السريري.

- ٤ ـ **مرض بيك: Pick's Disease:**
- أ ـ إن هذا المرض يشبه من حيث الأعراض مرض الزهايمر السابق. ويختلف عنه بأن المصاب يرتكب انحرافات سلوكية مثل: (الكذب والسرقة والدعارة)، ولا سيما النساء.

- ب ـ توجد أعراض عصبيَّة موضعية كالخرس وقلة الإدراك والشلل والصرع.

- جـ ـ يحدث التليُّف العصبي وشذوذ في موجات التخطيط الدماغي.

- **[٣] خرف الشيخوخة المتأخر: Late Senile Dementia:**
- أ ـ يدعى خرف أو (عته الشيخوخة) وهو ضمور أو موت مستديم ومستمر للخلايا الدماغية دون إمكانية لعكس مجراها وتؤدي لتدهور عام في القوى الذهنية عند الإنسان.

- ب ـ الخرَف هو صورة (باثولوجية ـ مرضية) شديدة لما يمكن حدوثه (فيزيولوجياً) في مرحلة الشيخوخة.

- **[٤] الأمراض العصبية والوجدانية للكهولة:** (١)
- أ ـ يعتبر (العُصاب) المصاحب للقلق والتوتر والوساوس الجسمية

---

(١) يشير تقرير (الدكتور الإمام) خبير هيئة الأمم المتحدة في وزارة التخطيط (بغداد ـ =

والخوف والحصر القهري وعدم الاستقرار وأعراض الهستريا التقليدية هي من أبرز ما تواجهه الكهولة. وقد تحدث إصابات ذهانية دماغيّة (كزهري الدماغ - وتصلب الشرايين - والارتجاج الدماغي) بجانب الأزمات النفسية من عجز وحرمان عاطفي وحاجة وفاقة وطلاق وعزلة.

- ب - (الاكتئاب) المرافق للهوس والحزن. وتكون الكآبة ذهانية فيها بطء ذهني وحركي وتحقير للذات وأوهام واضطراب في النوم بآخر الليل؛ وكآبة انفعالية عصابية ومعها (نرفزة دائمة وتصيُّد لعيوب الآخرين) ونقدهم وهي (كآبة سن اليأس).
- جـ - (هوس دوري): ينتقل المسن من السرور إلى الغضب والعدوان والحزن.

علاج أمراض الكهولة:

- ١ - الرعاية (النفسية والاجتماعية) في برامج ومراكز ترويح ورياضة وعناية.
- ٢ - المهدّئات كالفاليوم والليبريوم والسيرياكس والأنسيدون ومضادات الكآبة وفي الحالات الشديدة الانتحارية تستعمل (التوفرانيل والتريبتيزول والنارديل والبارنيت ويستعمل للهوس الفينوثايازين والسيرينيز واللارجاكتيل).
- ٣ - التأهيل الاجتماعي/ والمعالجة الفردية النفسية/ والمعالجة الجماعيّة/ والاسترخاء ومنتجعات الشيخوخة الريفية.

---

* الجمهورية العراقية) بأن هدف (الخدمات الصحية) تحسين معدّل عمر الإنسان ومتوسطه ومستواه. ففي روما القديمة كان المعدل (٢٣) سنة ووصلت السويد عام /١٩٧١/ إلى حوالي /٧٤/ سنة كمعدّل للعمر وهذا معدّل مُدهش.

[مقارنة بين الخرف المبكر/ وخرف الشيخوخة المتأخر]

(الخرَف المبكر)	(الخرَف المتأخر)
١ - يبدأ في أواسط العمر.	١ - يبدأ في أواخر العمر.
٢ - لا يشترط فيه تدهور جسماني	٢ - تصاحبه تغيرات جسمية وتدهوراً عاماً
٣ - التغير المرضي يكون أولياً: (بيك والزهايمر) أو ثانوياً (أمراض التهابية دماغية).	٣ - التغير المرضي في الدماغ (كثرة الألياف العصبية في خلايا الدماغ وزيادة الصبغيات).
٤ - تدهور الذاكرة مع أعراض عصبية موضعية كالطرش والخرس وشلل الأعصاب القحفية والصَرع.	٤ - تدهور الذاكرة والشخصية وهذا يسبق الأعراض العصبية الأخرى.
٥ - الأمواج الدماغية تظهر بأمواج بطيئة أو منخفضة جداً وذات فولتينات مختلفة.	٥ - الأمواج الدماغية تدل على عدم وجود اضطراب معين أو خاص ويكون عادة طبيعياً.

انظر:

الأمراض السيكوسوماتية: الكتاب الثاني للمؤلف /١٩٨٨/ بيروت - لبنان(*) مؤسسة نوفل

(*) إن من أفضل الكتب الصادرة عن (الكهولة والشيخوخة) كتاب (الدكتور: يوسف ميخائيل أسعد): [رعاية الشيخوخة/ مؤسسة غريب].

ملحقات
(١) و (٢)

ملحق [١]

يا أمة ضحكت!!

عبد اللطيف السعدون
الشرق الأوسط /لندن/ ١٩٨٧/٦/٢١

(١)

صحيح أن ليس بالثقافة وحدها يحيا الإنسان، فهناك حاجات أساسية أخرى غيرها لا يستطيع أن يتنازل عن حقه فيها: الأمن والخبز والحرية واحترام الكرامة، لكن الملاحظ أن أشياء أخرى طغت في وطننا العربي فقلصت دور الثقافة والمثقفين، وكادت أن تلغي ملكة التفكير الحر، والإبداع، وأفقدت مؤسساتنا التعليمية ـ وجامعاتنا منها في المقدمة ـ دورها الريادي الذي قامت لتأديته، وقد (تجرأ) مفكر عربي كبير هو د. محمد عابد الجابري ليقول أن جامعاتنا «تعيد إنتاج الأمية»!.

إن تقريراً إحصائياً نشر مؤخراً يقول إن العالم العربي الغارق في مشكلاته وهمومه ينفق عشرين سنتاً للفرد الواحد على برامج التعليم والقضاء على الأمية، فيما تنفق دولة مثل اليابان ١٥ دولاراً أي خمسين ضعفاً، مع ملاحظة أن العالم العربي لا يعاني من أمية القراءة والكتابة فحسب، إنما يعاني من «الأمية المركبة» التي تكاد تصبح هي القاعدة، وغيرها الاستثناء، والتي ستطيل المسافة بيننا وبين القرن الحادي والعشرين!.

إن العالم الآخر يغادرنا ونحن نلهث وراءه، نحاول اللحاق به لكن دون جدوى! .

(٢)

أنصح كل مواطن عربي، وكل مسؤول عربي، بقراءة الكتاب ـ الوثيقة الذي أصدره د. عطوف محمود ياسين قبل سنتين، عن «نزيف الأدمغة أو هجرة العقول العربية إلى الدول التكنولوجية»، فهو الكتاب «القنبلة» الذي يفجر حياتنا الراكدة المملة، ويصفع وجوهنا بحقائق مرعبة، نجهل بعضها، ونتجاهل بعضها الآخر! .

ضمن هذا الكتاب نعرف أن ٧٠ بالمائة من العلماء العرب الذين يسافرون إلى الأقطار الغربية للتخصص لا يعودون إلى بلادهم الأصلية، ومن هذا الكتاب نعرف أيضاً أن عشرة آلاف من أرباب التخصص العرب كالمهندسين والأطباء والعلماء والخبراء يهاجرون كل عام إلى خارج أوطانهم، وأن الخسائر المادية الناتجة عن هجرة هؤلاء تقدر بحوالي ١٠٠ مليون دولار سنوياً تدفعها الدول العربية من ثرواتها وضرائب أبنائها وعرق شعوبها، ناهيك عن الخسارة المعنوية الضخمة في التنمية والتطوير وبناء المجتمع! .

الأدهى من ذلك أن الكتاب ينذرنا أن هذه الاحصائيات ليست حديثة تماماً، لكن الأكيد أنها في ازدياد مع الزمن! .

ونعرف من هذا الكتاب ـ الوثيقة أيضاً أن كاتباً عربياً معروفاً مثل محمد حسنين هيكل يؤكد أن الإنسان العربي يعاني حالة هروب من الواقع لعجزه عن مواجهة الأمور والمشكلات، وأن الأزمة تشتد سوءاً في الثمانينات! .

كما أن مفكراً وفيلسوفاً مثل د. زكي نجيب محمود يرى أن الأزمة هي أزمة ثقافة غير قادرة على العطاء، وأن الثقافة في العشرينات هي أكثر جودة من الثقافة المتخلفة في الثمانينات، ويلوم الارهاب الفكري الذي دفع رجال الفكر، والعلم إلى الانسحاب والعزلة وعدم المشاركة في واقع أمتهم.

مرة أخرى، انصح كل مواطن عربي وكل مسؤول عربي بقراءة هذا الكتاب، ومرة أخرى ادعو إلى التفكير، ولكن بصوت مسموع! .

(٣)

ويا... أمة ضحكت من جهلها الأمم!!.

ويقولون:

«ليس ثمة أحد أكثر صمماً من أولئك الذين لا يريدون أن يسمعوا!!».

مثل انجليزي

ملحق [٢]

«همسة»

يا أمةً ضحكت من جهلها الأمم.

..في بعض الجامعات العربية (بعض العُمداء) الذين يفرضون بطريقةٍ أو بأخرى قيوداً صارمة على أعضاء الهيئة التدريسيّة الذين تقع على عاتقهم أمانة العلم والمعرفة ونشرهما بكل سبيل. ولعل من أشد هذه القيود ضحالةً واستخفافاً بقيمة العلم والعلماء مثالين صارخين:

١ ـ لا يجوز للأستاذ الكتابة (بأي موضوع) خارج تخصصه (مطلقاً)؟.

٢ ـ لا يجوز للأستاذ الاقتباس من كتب أخرى ومصادر وبحوث رغم (ذكر المصدر).

أما (الغاية) من محاصرة الأستاذ في (تخصص ضيّق) فقط فهو أسلوب قمعي يكشف عن (مهنة المعترِض) كمصادر للكلمة ولحرية الإنسان التي لا يحق لمخلوق انتزاعها من مخلوق آخر لأنها (عطاء الخالق له) ورمز تكريمه. وكما أن (التخصص) والكتابة فيه هو (سمة جيّدة) من

سمات العصر الحديث لكنها (قبر من قبور جزئية التفكير) التي قد تحجب عن الباحث (شموليّة البحث والتعبير عنه) والعلماء الذين خلّدهم التاريخ كتبوا في أكثر من (موضوع متخصّص واحد) بل كانوا (موسوعة) من العلم والبحث ومنهم:

أ ـ برتراندرسل: عالم رياضي بريطاني/ فيلسوف/ أديب/ مؤرّخ/.

ب ـ شكسبير: شاعر/ فيلسوف/ روائي/ موسيقي/.

جـ ـ ابن سينا: طبيب/ فيلسوف/ عالم دين/ جرّاح/ نفساني.

د ـ الرازي: طبيب/ كيميائي/ نفساني/ موسيقي/.

والمتخصص ـ ذو القدم المكسورة ـ الضعيف في (موضوعه الواحد) يشعر بالحقد دوماً و(بعقدة النقص) حين يرى غيره يجيد التحليق في (آفاقٍ عديدة) بينما هو فاشل مخفق حتى في مجالٍ واحد. وصدق (توانبي) حين قال: [إنه جميل أن نعرف كل شيء عن (شيء واحد)؛ ولكن الأجمل أن نعرف، (بعض الشيء عن كل شيء) ذلك أن المعرفة الكليّة المطلقة عن أشياء عديدة، وحتى عن شيء واحد هي: (مجرد وهم) وذلك لأننا ندور دوماً في (إطار النسبيّة)؛ ويصل الإنسان إلى قمّة الغرور حين يدّعي أن اجتهاده هو (المُطلق)، والشموليّة دوماً هي (أكثر ضماناً من الجزئيّة) رغم أن (الضمان المطلق) فيهما وهم من الأوهام أما (الاقتباس المُوثّق) فهو خاصة من خصائص (البحث العلمي الحديث) وهي خاصيّة التراكميّة (Accumulation) فالجاهل فقط يعتقد أن الابتكار أو العلم يبدأ من (نقطة فراغ) وأن آلاف الأطنان من جهود العلماء لا صلة بينها وأن ناطحات السحاب تقف في الجو بدون أساس عميقٍ وبدون صلة بين طابقٍ وطابقٍ منها. إن (كوبرنيكس) كان مديناً لنظريات (غاليلو) وإن (اليونان) لم يجدوا تراثهم الطبي والعلمي والفكري في صخور إسبارطة وأن (العرب) كانوا أمناء في نقلهم إلى أوروبا تراث اليونان؛ بل أضافوا عليه وجدّدوا وابتكروا. وحين يأخذ الباحث من أي (مصدر) ويوثّق (مادة الاقتباس) فإنه يستعمل (حقاً مشروعاً) بل يحقّق أسمى غايات العلم ومناهجه وهي [التراكمية الحضارية] وكلما وجدنا في كتاب أو

بحث (كثرة في مصادره واقتباساته) فإنّ ذلك سمة من سمات (العمق) وثراء الاطلاع؛ وجدّية البحث؛ وعناء المجهود؛ وسَبْرِ الآفاق؛ وأصالة العمل. والذين يتمتعون بالعجز في أداء مهمّة (الغوص في قاع المحيطات) يتهمون غيرهم، فيما هم فيه. وإن عظمة الباحث وأصالته ورجاحة بحوثه تبرز حين تنطبق دراساته مع تعبير (غوستاف لوبون) حيث يقول:

«إن الكتاب الجيّد هو الكتاب الذي نستطيع أن نقرأ بين سطوره خلاصة عشرات؛ بل مئات العقول الخصبة؛ أما الكتاب الذي لا نرى فيه سوى عقلاً واحداً مفكّك الأفكار مرتعش الأوصال فإنه يمثل إنساناً مصاباً بالشلل النصفي؛ وسرعان ما يُوَلِّد عند القارىء الواعي نفوراً وهروباً وإعراضاً لانعدام الثراء فيه والجديد بين صفحاته».

ولنذكر دائماً: أن كل مشكلة ليس لها (سبب واحد) بل (أسباب عديدة) وليس هناك (حل واحد) بل (حلول متعددة)؛ وإن تراث العالم وحضاراته وعلومه إنما هي رصيدٌ من حلقات متسلسلة لا انفصام بينها.

المراجع الأجنبية

Bibliography

1 - Abt, L. E., Progress in Clinical Psychology: A Transactional Approach. In: D. Brouwer & L.F. Abt (eds). Progress in Clinical Psychology, Vol. II. New York, Grune & Stratton, 1956.

2 - Alt, W.D. & Thompson, G.M., The Rorschach As A Measure of Intelligence, J. Consult. Psychol., Vol. 63, pp 341 - 347, 1949.

3 - Anastasi, A. Psychological Testing, New York, Macmillan, 1967.

4 - Ash, P., The Reliability of Psychiatric Diagnosis, J. Abnorm. Soc. Psychol., Vol. 44, pp. 372 - 376, 1949.

5 - Ackerkrecht, E.H., 1959, A short History of Psychiatry New York-Hofner Pub Co.

6 - Ackner, B., 1954, J. Ment. Sci., 100, 838.

7 - Arieti, S., 1959, American Handbook of Psychiatry. New York-Basic Books Inc.

8 - Ames L.B. & Others, Child Rorschach resporses, Paul B. Haeber, Inc., New York 1957.

9 - Adler, A. The Neurotic Constitution. New York, 1947.

10 -Anderson, E. W., & Trethowan, W. H. (1973). «Psychiatry, Concise Medical Textbooks». London: Bailliere, tindall & Cassel.

11 - Arieti Silvano (1959). «American Handbook of Psychiatry., New York: Basic Books Inc.

12 - Adler, A: The Practice and Theory of Individual Psychology. New York: Harcourt, Brace & World Inc., 1929.
13 - Aichhorn, Wayward Youth. New York: The Viking Press Inc., 1935.
14 - Alexander, E. & Healy, W. «The Roots of Crime» In Psychoanalytic Studies. New York: Alfred A. Knopf Inc., 1935.
15 - Alexander, F. «Fundamental Concepts of Psychosomatic Research». In Psychosomatic Medicine. V. 1943, pp 205-210.
16 - Alexander: Psychosomatic Medicine. New York: W. W. Norton & Company Inc., 1950.
17 - Andrews, G. & Harris, M. «The Syndrome of Stuttering» Little Club Clinics. No. 17, in Devel. Child Neurol The Spastics Society & William Heinemann, 1964.
18 - Atkinson, J. W. An Introduction to Motivation. Princeton, New Jersey: Van Nostrand, 1956.
19 - Ausubel, D. P. Ego Development and the Personality Disorders. New York: Grune and Straton, 1952.
20 - Basowitz, H., Persky, H., Sheldon, G. K. & Grinker, R. R. Anxiety and Stress. New York: Mc Graw-Hill Book Co., 1955.
21 - Bellak L, Tat and Cat in Clinical Use, Grune & Stratton, New York 1952.
22 - Bellak L., On the Problems of the Concept of Projection.
23 - Bellak L., & Abt Projective Psychology, Grove Press Inc, New York 1959.
24 - Bellak L., (1960). «Contemporary European Psychiatry». New York: Grove Press Inc.
25 - Benedict, Ruth (1957). «Patterns of Culture». USA: A Mentor Book.
26 - Bernard M. Kramer (1962) «Day Hospital». London: Grune & Stratton.
27 - Bovet, L. (1951). «Psychiatric Aspects of Juvenile Delinquency». WHO Monograph Series No. 1, Geneval.
28 - Bowlby, J. (1957). «Child Care and The Growth of Love». London: A Pelican Book, Penguins.
29 - Brit. Med. J. (1972). «Ultrasonic Fetal Cephalometry». 2, 384 - 5.
30 - Brock D. J. H., & Sutcliffe, R. G. (1972). «Alpha - Fetoprotein in The Antenatal Diagnosis of Spina Bifida and Anencephaly». Lancet, 2, 197 - 9.
31 - Brad, P. & Mountcastle, V.B. «Some Forebrain Mechanisms Involved in the Expression of Rage and Fear». Res. Publ. Ass. Nerv. Ment. Dis., 1947, 27, 362 - 404.
32 - Burt, C. The Young Delinquent. London: University of London Press, 1944.

33 - Buss, H. Ronald. Psychopathology. New York: John Wiley & Sond Inc., 1966.

34 - Baker, L. M. & Grsager, J. A., Rating Scale Technique Applied to Rorschach Responses, J. Clin. Psychol., Vol. 10, pp. 373-375, 1954.

35 - Bateson, G, et Al., Toward a Theory of Schizophrenia. Behav. Sci, Vol. pp. 251-264, 1956.

36 - Bender, L., Instructions for the Use of Visual Motor Gestalt Test, New York, Amer. Onthopsychiat, Ass., 1946.

37 - Berenson, B. G. et Al., A Checklist for Recording Test Taking Behavior, J. Counsel. Vol. 7, pp 116- 119, 1960.

38 - Berg. I. A., Response Bias and Personality, The Deviation Hypothesis, J. Counsel. Psychol. Vol. 5. pp 130-135, 1958.

39 - Berg, I. A., The Unimportence of Test Item Contents, Inc., Bass, B. M. & Berg, I. A (eds) Objective Approaches to Personality. Assesment, New Jersey, Princeton 1959.

40 - Bisch. L. E., Clinical Psychology, Baltimor, Williams & Willkins, 1925.

41 - Bartlett, F. C., 1932, Remembering. Cambridge University Press.

42 - Best, J. B., 1963, Study of Remembering in Palnarians. Scientific American.

43 - Blum, M. L. & Naylor, J. C. Industrial Psychology. Rev. ed. New York: Harper & Row, 1968.

44 - Bossard, I. H. The Sociology of Child Development. New York: Harper & Brothers, 1948.

45 - Bowlby, John, Personality and Mental Illness. An Essay in Psychiatric. New York: Emerson Book, Inc., 1942.

46 - Bowlby: Child Care and the Growth of Love. Pelikan Books, 1964.

47 - Benjamin Spock: Baby & Child Care. New English library, 1971.

48 - Bennett, Margaret E. Guidance in Groups. New York: Mc Graw-Hill Book Co., 1955.

49 - Bennett, I. Delinquent and Neurotic Children. A Comparative Study. London: Taristock Publications, 1959.

50 - Binger, C. A., Ackerman, W., Cohen, A.D., Shoeder, H. A. & Steele, J. M. Personality in Arterial Hypertension. Psychosomatic Medicine Monographs, VIII, 1945.

51 - Bloodstein, O. «Conditions Under Which Stuttering is Reduced or Absent: A Review of the Literature». J. of Speech Disorders 14, 295, 1949; 15, 29, 1950.

52 - Bloodstein «The Development of Stuttering. Changes in Nine Basic Features». J. of Speech Disorders 25, 219, 1960, A.

53 - Berg (Charles), Clinical Psychology, Allen & Unwin, London, 1948.

54 - Bluemel, C. S., War Politics & Insanity, Denver, World Press, 1948.
55 - Brown (J. F.) & Menninger (Karl A.), The Psychodynamics of Abnormal Behavior, Mc Graw-Hill Co., 1st Indian Reprint, 1969.
56 - Brown (William) Psychological Methods of Healing, London 1938.
57 - Bursten, B., Psychosis Associated With Thyrotoxicosis, Arch. Gen. Psychiat., 4, 1961.
58 - Burtt (Harold Ernest), Applied Psychology, Prentice Hall Inc., N. Y., 2nd ed., 1957.
59 - Bischof, L.J., Interpreting Personality Theories, New York, Harper & Row, 1964.
60 - Brophy, J.J., Psychiatric Disorders, In: Krupp., M. A. & Chatton, M.J. (eds), Current Medical Diagnosis & Treatment, California, Lange Medical Publications 1964.
61 - Brotemarkle, R. A., Clinical Psychology, Pensylvania Univer. of Penn., Press, 1937.
62 - Buros, O.K. (ed), The 1940 Mental Measurement. Year Book, New Jersey, Ment. Measure Year Book, 1941.
63 - Buros, O.K. (Ed); «The Third Mental Measurements Year Book», Rutgers Univer. Press, 1949.
64 - Cameron, N. The Psychology of Behavior Disorders. A.
65 - Capstick, A. (1960). «Recognition of Emotional Disturbances and Prevention of Suicide». Brit. Med. J., 1., 1179 - 81.
66 - Ciba Foundation Symposium 8 (1972). «Physiology, Emotions & Psychosomatic Illness». Amesterdam: Associated Scientific Publishers.
67 - Clark, Anne M., & Clark, A.D.B. (1965). «Mental Deficiency». London: Methuen Col. Ltd.
68 - Copeland, J.R.M. (1971) «Classification and the British Glossary of Mental Disorders». Brit J. Psychiat., 119, 413 - 18.
69 - Coppen, A. et al. (1971) «Prophylactic Lithium In Affective Disorders». Lancet. 2, 275- 277.
70 - Cannon, W. B. Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear, and Rage. 2nd ed. New York: Appleton-Century- Groft, 1929.
71 - Cattel, R.B. Description and Measurement of Personality. London: George Y. Harrap & Co. Ltd. 1946.
72 - Cattel: Personality. 1st/ed. New York: Mc Graw-Hill Book Company, 1950.
73 - Cattel: «Anxiety and Motivation: Theory and Crucial Experiment. In Spielberger (ed). Anxiety and Behavior. New York: Academic Press, 1966.
74 - Carr Saunders, A. M. Young Offenders. London: University Press, 1942.

75 - Clark, D. S. Psychiatry Today. Pelikan Books, 1954.
76 - Clifford, T. Morgan & Eliot Stellar. Physiological Psychology. 2nd ed. New York: Mc Graw-Hill Book Company.
77 - Crow, L.D. & Crow, A. Mental Hygiene. New York: Mc Graw-Hill Book Company, 1951.
78 - Cohen, J. C. 1966, A New Introduction to Psychology. George Allen & Urwin Ltd., London.
79 - Catell (Raymond) & Scheier (Ivan H.), Meaning & Measurement of Neuroticism & Anxiety, Ronald Press Co., nO. Y., 1961.
80 - Cleckley H., The Mask of Sanity, Mosby, St. Louis, 1941.
81 - Coleman (James C.), Abnormal Psychology & Modern Life, 3rd ed., 2nd Ind. Repr. 1970.
82 - Coville, Costello & Rouke, Abnormal Psychology, Barnes & Noble, N. Y., 1963.
83 - Cronbach, L. J., «Essential of Psychological Testing» New York, Harper & Row, 1960.
84 - Cronbach, L.J.& Gleser, G. C. «Psychological Tests & Personal Decisions», Urlano, Univer. & Illinois Press, 1957.
85 - Couch, A. & Kenisten. K. Yes Sayers and No Sayers, Agreeing Responses Set as Personality Variable», J. Abnorm. Social. Psychol. 60, pp. 151-1960.
86 - Davis, Allison. Social Class Influence Upon Learning. Cambridge: Harvard University Press, 1975.
87 - Deutch, A. Our Rejected Children. Boston: Little, Brown & Company, 1952.
88 - Deutch, Helen. Psychoanalysis of the Neuroses. New York: The Hogarth, 1932.
89 - Dollard, J. & Miller, N. E. Personality and Psychotherapy.
90 - Dollard, J. et. Al. Frustration and Aggression. London: Kegan Paul Inc., 1954.
91 - Dubar, H. F. Psychosomatic Diagnosis. New York, Paul B. Hoeber Inc., 1943.
92 - Deutsch (Helen), Psychoanalysis of the Neuroses, Hogarth, Lond., 1932.
93 - Delay, Pichot, P. et Perse, J., «Methods of Psychometriques on Cliniques: Tests Mentaux cet Interpretation, Paris, Libraries de l'Academie et M‡decine, 1945.
94 - Dabbagh, F. (1964). «Suicide Among Iraqi Undergraduates in The United Kingdom». J. Iraqi Med. Professions, 12, 54 - 58.
95 - Dabbagh, F. (1966). «Attempted Suicides Admitted to Mosul General Hospital» Annals Col. Med. Mosul, 1, 80-88.

96 - Elliot, Katherine & Knight, Julie (1972). «Lipids, Malnutrition, and The Developing Brain». London - N. Y: Ciba Foundation Symposium, Associated Scientific Publishers.
97 - Enoch, M. D. & Trethowan, W. H. (1967). «Some Uncommon Psychiatric Syndroms». Bristol: John Wright & Sons Ltd.
98 - Eysenck, H. J. (1955). «Dimensions of Personality», London: Routledge & Kegan Paul Ltd.
99 - Eysenck, (1958). «Uses & Abuses of Psychology. «London: A Pelican, Penguin Books.
100 - Eysenck, (1960). «Behaviour Therapy and The Neurosis». Oxford: Pergamon Press.
101 - Eysenck, H. J. Dimensions of Personality. London: Rout-ledge, 1947.
102 - Eysenck, H. J. 1960 Behaviour Therapy and the Neurosis, London-Pergamon Press Ltd.
103 - Eysenck 1961 Handbook of Abnormal Psychology. Basic Books Inc., New York.
104 - Eysenck 1962 Uses & Abuses of Psychology. Penguin Books Ltd. Middlesex.
105 - Eigler (et Al.), Bacterial Menningitis, I General Review (294 Cases), Proceedings Staff Meeting Mayo Clinic, 1961.
106 - Eysenck, H. J., Classification & The Problem of Diagnosis, Chap. 1, in: Eysenck (ed)., Handbook of Abn. Psychol.
107 - Eysenck, H. J., (ed., Handbook of Abnormal Psychology, Basic Books Inc., N. Y., 1961.
108 - Edward, A. L., «Social Desirability Variable in Personality Research», New York Dryden, 1957.
109 - Edwards, A. L. «Social Desirability and Personality Test Construct», in Bass, Bass.
110 - Eishler, R. M., «A Comparison of the Rorschach and Behn-Rorschach Inkblot Tests», J. Consult Psychol., Vol 15. PP. 185 - 189, 1951.
111 - English, H. B. & English A. G. «A Comprehensive Dictionary of Psychological & Psychoanalytical Terms», New York, David Mckay Co., Inco., 1958.
112 - Eysenck, H. J. «Dimensions of Personality» London Kegan Paul, 1947.
113 - Fish, F. J. 1962. Schizophrenia. Bristorl. John Wright & Sons Ltd.
114 - Freedman, A. M. and Kaplan, H. I. 1967 Comprehensive Textbook of Psychiatry. The Williams & Wilhins Co., Baltimore.
115 - Fenichel, O. The Psychoanalytic Theory of Neuroses. London Routledge & Kegan, 1955.
116 - Forest, Isle. Child Development. New York: Mc Graw-Hill Book Co., 1946.

117 - Fredlander, Kate. «The Formation of Emotional Character». In the Psychonalytic Study of the Child. Vol. I, 1945.
118 - Freud, S. The Problem of Anexiety. New York: W. W. Norton Co; 1936.
119 - Freud, S: A General Introduction to Psychoanalysis. New York: Garden City Publishing Company, 1943.
120 - Freud Anna, Hoffer, W. & Glover, E. The Psychoanalytic Study of the Child. Vol. I, London: Imago Publishing Co. Ltd., 1945.
121 - Fromn, E. Escape From Freedom. New York: Rinehart & Co., 1941.
122 - Fetterman, J. L., Practical Lessons in Psychiatry. Charles, Springfield, 1949.
123 - Fenichel. Otto (1960). «The Psychoanalytic Theory of Neurosis». London: Routledge & Kegan Paul Ltd.
124 - Fish, F. J. (1962). «Schizophrenia». Bristol: John Wright & Sons Ltd.
125 - Flugel, J. C. (1954). «A hundred Years of Psychology». London: Gerald Duck worth & Co. Ltd.
126 - Fordham, Frieda (1959). «An Introduction to Yung's Psychology». London: A Pelican, Penguin Books.
127 - Foulkes, S. H., & Anthony, E. J. (1957). «Group Psychotherapy». London: Penguin Books.
128 - Freud (Sigmund). The Origins of Psychoanalysis, Letters to Wilhelm Fliess, Drafts & Notes 1881 - 1902, edited by Marie Bonaparte, Translated by Eric Mosbacher, James Stranchy, Anna Freud & Ernst Kris, Basic Books Inc., N. Y. 1954.
129 - Freud, S. Wit & its Relation to the Unconscious.
130 - Freud, S., Three Contributions to the Theory of Sex.
131 - Freud, S., Totem & Taboo.
132 - Freud, S., The Interpretation of Dreams.
133 - Freud, S., Psychopathology of Everyday Life.
134 - Freud, S., The History of Psychoanalytic Movement, All Published by the Modern Library, N. Y., 1938.
135 - Ford, M., «The Application of Rorschach Test to Young Children, Minneapolis, Univ. of Minnesotas 1946.
136 - Fraisse, P. «Manuel Pratique de la Psychologie Experimentale», Paris, P. U. F., 1956.
137 - Freeman, F. S., Theory and Pratice of Psychological Testing, New York, Holt, Rinehart & Winston, 1962.
138 - Greene, J. S. «Interview Group Psychotherapy for Speech Disorders». In Slavson, S. R. (Ed.) The Pratice of Group Therapy. London: The Pushkin Press, 1947.

139 - Georges, H. S. «Dysfluency and Stuttering». In the Pediatric Clinics of North America, Vol. 15, No. 3, August, 1968.

140 - Gesell, A. & Others. The First Five Years of Life. New York: Harper, 1940.

141 - Geoffrey Knight (1972). «Neurosurgical Aspects of Psychosurgery». Proc. Roy. Soc. Med., Vol. 5., 12, 1099 - 1104.

142 - Gerald Capland (1966). «Principles of Preventive Psychiatry». London: Tavistock Publications.

143 - Granville - Grossman, Kenneth (1971). «Recent Advances in Clinical Psychiatry». London J. A. Churchill.

144 - Glimer, B. Von Haller. Industrial Psychology. London: Mc Graw-Hill Book Company Inc., 1966.

145 - Goddard, H. H. «Problems of Personality». In Library of Psychoanalysis. New York, 1925.

146 - Goldstein, E. The Organism. New York: American Book Co., 1959.

147 - Greene, J. S. «Interview Group Psychotherapy for Speech Disorders». In Slavson, S. R. (Ed.) The Practice of Group Therapy. London: The Pushkin Press, 1947.

148 - Grinker, R. R. & Robbins, F. P. Psychosomatic Case Book. New York: Mc Graw-Hill Book Co., 1954.

149 - Guilford, J. P. Psychometric Methods. New York: Mc Graw-Hill Book Company, 1936.

150 - Guilford, J. P: Personality. New York: Mc Graw-Hill Book Co., 1959.

151 - Gronbach L. Essentials of Psychological Testing, Harper, & Brothers, New York 1960.

152 - Garfeild, Introductory Clinical Psychology, The Macmillan, New York, 1957.

153 - Guilford J. P., Psychometric Methods, Mc Graw Hill Book Company, New York 1959.

154 - Gjessing, K. 1932-35 Contributions to the Pathophysiology of Periodic Catatonia. Arch. Psychiat. Nervenker. 96, 191.

155 - Garfield, S. L. «Introductory Clinical Psychology», New York, Macmillan Co. 1957.

156 - Goldstein, K. «Appraising the Schizophrenic With Psychology Instruments in Bock & Walish (Eds) Reflexes to Intelligence, Gioncoe, Illinois. Free Press Pulc.. 1959.

157 - Goldstein, K. & Scheorer; M. «Abstract and Concrete Behavior, An Experimental Study With Special Tests, Psychol. Monographs, Vol 53, No. 2, 1941.

158 - Hadley J., Clinical and Counseling Psychology, Alfred Knopf, New York 1958.
159 - Henry W. E., The Analysis of Fantasy, John Wily & Sons Inc, New York 1956.
160 - Hadley, J. M. Clinical and Counseling Psychology. New York: Alfred A. Knopf, 1961.
161 - Hanman. M. & Kaplan, A. M. The Practice of Psychotherapy with Children. Homewood: The Dorsey Press 1967.
162 - Harrell. Thomas W. Industrial Psychology. Rev. ed. New York: Holt, Rinehart and Winston. 1965.
163 - Heimler. Eugene (1967). «Mental Illness and Social Work». London: A Pelican Original, Penguin Books.
164 - Henderson, A. S., et al (1972). «Psychological Immunisation». Lancet, I. 1111 - 12.
165 - Henderson, D. K., & Gillespie, R. D. (1969). «Text book of Psychiatry». London: Oxord Medical Publications.
166 - Herrington, R. N. (1969). «Current Problem in Neuropsychiatry». Headley Bros. Ltd. RMPA Special Publications, Kent.
167 - Hilgard, E. R. (1971). «Introduction to Psychology». New York: Harcourt Brace Jovanovich Inc.
168 - Harry, Bakwin (Ed.) «Developmental Disorders of Motility and Language». Pediatric Clinics of North America. Vol. 15, No. 3, August 1968.
169 - Heide, C. «A Study of Mechanisms of Two Cases of Peptic Ulcer». In Alexander: Psychosomatic Medicine. New York: W. W. Norton & Company Inc., 1950.
170 - Hilgard, E. R. & Marquis, D. M. Conditioning and Learning. London: Methuen & Co. Ltd., 1961.
171 - Horney. K. New Ways in Psychoanalysis. New York: W. W. Norton, 1939.
172 - Horney, K. Our Inner Conflicts. London: Broadway House, 1946.
173 - Horney. K: Neuroses and Human Growth. The Struggle Towards Self Realization. New York: W. W. Norton & Company, 1950.
174 - Horney: The Neurotic Personality of Our Time. New York: Kegan Paul & Co. Ltd., 1963.
175 - Health, R. G. & Krupp. I. M. 1967 Arch. J. Psych. Vol. 16, No. 1.
176 - Hetherington, R. R. & Miller, D. H. 1964 Introduction to Psychology for Medical Students. William Heinemann Medical Books Ltd., London.
177 - Hinton, j. M. 1962 Proc. Roy, Soc. Med. 55: 907 - 910.

178 - Hill, D. & Barrg, 1963 Electroencephalography (2nd. Ed) Macdonald & Co. Ltd. London.
179 - Hunter, I.M.L. 1957 Memory: Facts & Fallacies. Pelican. London.
180 - Hadfield Psychology & Mental Health, Lond., 1938.
181 - Hepner, H. W., Psychology Applied to Life & Work, 3rd. ed., Prentice Hall Inc., N. Y., 1961.
182 - Hinsie (Leland E., & Campbell (Robert J.), Psychiatric Dictionary, 3rd ed., Oxford University Press. N. Y., 1960.
183 - Henderson & Gillespie, A Textbook of Psychiatry, 5th ed., Oxford Univ. Press, Lond., 1940.
184 - Hana, Atia M., Work Values in Relations to Age, Intelligence, Socio-Economic Level & Occupational Interest Level. Unpublished Doctoral Dissertation Teachers College, Columbia. 1954.
185 - Hanf Mann, E. & Kasanin, J. S. «Eight Keys to Schizorphenic Thinking, in, Behk & Malish (Eds); Glencoe Illinois, The Free Press Pub., 1959.
186 - Harrower, M., The Practice of Clinical Psychology, Spring Field, Ill., Thomas.
187 - Harrower, M. R. & Steiner, M. E., Psychodiagnostic Inkpots, New York, Grune & Stratton, 1945.
188 - Harrower - Erickson, U. R. & Stenier, M. E: Large Scale Rorschach Technique; A Manual For the Group Rorschach and Multiple Choice Test, Spring Field, I. U., Thomas, 1945.
189 - Hathaway, S. R. & Mckinley, J. C., Minnesota Multiphasic Personality Inventory, New York, Psychological Corporation. 1943.
190 - Holtzman, W. H., Thorpe, J. S., Swartz, J. D. & Herron, E. W., Inkplot Perception Personality, Austin, Univer. of Texas Press, 1961.
191 - Holzberg, J. D. & Wexler, M., Predictabilty of Schizophrenic Performance on the Rorschach Test, J. Consult. Psychol., Vol. 14, PP. 395 - 399, 1950.
192 - Hunt, Mc. V. Personality and Behavior Disorders. New York The Ronald Press Company, 1944.
193 - Hurlock. E. Developmental Psychology, New York: Mc Graw-Hill Book Company, 1959.
194 - Hurlock, E: Child Psychology. New York: Mc Graw-Hill Book Cop. 1959.
195 - Ingram, T. T. S. «Speech Disorders in Childhood», In Pediatric Clinics Of North America, Vol. 15, No. 3, August 1968.
196 - Ismail, Emad-Edin. «Relationship Between the Parent's Socio-Economic Level and Their Aspiration Regarding Their Children's Future». A Paper

Accepted for Reading at the XVII International Congress of Psychology in Washington, 1963.

197 - Johns E., The Concept of Normal Mind, in Papers on Psychoanalysis, Bailliere Tindall and Cox, London 1948.

198 - Jennett (W. Bryan) Epilepsy after Blunt Head Injuries, W. Heineman Medical Books, Lond., 1962.

199 - Jensen A. R., The Reliability of Projective Techniques: Review of the Literature, Acta Psychol., Vol., 16, pp. 108-136, 1959.

200 - Jesness: Jesness Personality Inventory.

201 - Jourard, S. M., Self Disclosure and Other Cathexis, J. Abnorm. Social Psychol. Vol, 59 pp. 423-431, 1959.

202 - Jameson, A. M. «Stammering in Children, Some Factors in Prognosis», Speech. 19: 60, 1955.

203 - Jersild, A. T. Child Psychology. New York: Prentice Hall, 1960.

204 - Johnson, N. W. The Onset of Stuttering. Minneapolis, Minnesota Press, 1959.

205 - Kahn and Gannel, The Dynamics of Interviewing, John Wiley & Sons, New York 1960.

206 - Kubie L. S., The Fundamental nature of the Distinction Between Normality and Neurosis, The Psychoanalytic Quartarly, Vol. 23. 1954.

207 - Kretschmer, E., 1936, Physique & Character. 2nd. Ed. Revised Miller, London. 110, 200, 234.

208 - Kalinowsky. L. B. & Hoch, P., 1961, Somatic Treatment in Psychiatry. Grune & Stratton Inc. - New York.

209 - Kallmann, F. J., 1938, The Genetics of Schizophrenia New York, J. J. Augustin.

210 - Krech, D. & Crutchfield, R. Elements of Psychology. New York: Alfred A. Knopf, 1965.

211 - Kornhauser, A. & Reid, Otto M. Mental Health of the Industrial Worker. New York; John Wiley & Sons Inc., 1965.

212 - Kubie, L. «The Fundamental Nature of the Distinction Between Normality and Neurosis». The Psychoanalytic Quarterly. Vol. 23, 1954.

213 - Khavin & Nikolayev, Diseases of the Thyroid Gland, Peace Publishers, Moscow, 1962.

214 - Kolb, (Lawrence C.), Noye's Modern Clinical Psychiatry, 7th ed., Oxford & Ibh Publ. Co., Culcutta, Bombay & New Delhi,1968.

215 - Kelly, E. L. & Fiske, D. W; The Prediction of Performence in Clinical Psychology, An Arbor; Univer of Michigan Press, 1951.

216 - Kelly, G. A; A Method of Diagnosing Personality in the Psychological Clinic, Psychol Rec, Vol. 2 pp. 95 - 111, 1938.

217 - Kempf E. J; Psychopathology, St. Louis, Mosby, 1921.

218 - Kinsey, A. C.; Pomeroy, W. B. & Martin, C. E. Sexual Behavior in Human Male, Philadelephia, Sanders, 1948.

219 - Kinsey, A. C., & Gebhart, P. H. Sexual Behavior in Human Female, Philadelphia, Sanders, 1953.

220 - Krugman, J. I.; A Clinical Validation of the Rorschach With Problem Children, Rorschach Research Exchange, Vol. 6, pp 61-70, 1942.

221 - Kalinowsky, L. B. & Hoch, P. H. (1961). «Somatic Treatments in Psychiatry». New York: Grune & Stratton.

222 - Kay, D. W. K. (1976). «Schizophrenia and Schizophrenia - like States in the Elderly» in «Contemporary psychiatry». Roy. Call. of Psychiatrists. Kent: Headley Bros. Ltd.

223 - Kelly, D. & Richardson, A., et al (1973). «Stereotactic Limbic Leucotomy, Neurosurgical Aspects & Operative Technique». Brit, J. Psychiat., 123, 133 - 40.

224 - Kinsey, A. et al (1953). «Sexual Behaviour in The Human Male». Philadelphia: W. B. Saunders Co.

225 - Kolb, L. C., et al (1972). «Year-Book of Psychiatry and Applied Mental Health». Chicago: Year-Book Medical Publications.

226 - Kolb, Lawrence, C. (1973). «Modern Clinical Psychiatry». London: W. B. Saunders Company.

227 - Kolvin, I (1971). «Studies in Childhood Psychosis». Brit. J Psychiat., 118 , 381 - 421.

228 - Laughlin, H. P.; The Neurosis in Clinical Practice, Philadelphia, Sanndens Co., 1956.

229 - Lindzay, G.; On the Classification of Projective Thechniques, Psychol. Bull., 1959 Vol. 56 - 156 - 158.

230 - Landis, Paul, H. Adolescence and Youth, The Process of Maturing, London Mc Graw-Hill Book Company Inc., 1952.

231 - Leland, E. Glover How to Give Your Child a Good Start in Life. A Coiler Books Original 1962.

232 - Lewis, Helda. Deprived Children. The Muffled Foundation, London: Oxford University Press, 1955.

233 - London (Perry) & Rosenhan (David), Foundations of Abnormal Psychology, Holt, Rinehart & Winston, N. Y., 1968.

234 - Laffal, J.: Pathological & Normal Language, New York Atherton Press, 1965.

235 - Landis, C. Et. Ol., Sex in Development, New York, Hoeber, 1940.

236 - Lader, M. H. (1969). «Studies in Anxiety» RMPA Special Publications, Headley Bros. Ltd., Kent.

237 - Lancet, The (1972). «Are Anticonvulsants Teratogenic». 2, 883.
238 - Lancet,The (1972). «Biochemistry and Drug Treatment of Depression», 1, 1001-2.
239 - Lancet, The (1972). «Siezures and The Tragic Flaw». 1, 1003-4.
240 - Lancet, the (1972), «Thyrotrophin Releasing Hormone and Depression» 2, 1015 - 16.
241 - Lancet, The (1973). «Operations for Behaviour Disorders of Temporal Lobe Epilepsy. 11, 953.
242 - Lewis, A. J. (1934) «Melancholia: A Clinical Survey of depressive states». J. M. Sci., 80, 277 - 95.
243 - Mayer-Gross, W. Et Al. 1960, Clinical Psychiatry. 2nd Ed. Cassel & Co. Ltd., p. 8.
244 - Mcdonald Critchley, 1953, The Parietal Lobes. Arnold, London.
245 - Mclean, P. D., 1955, The Limbic System & The Emotional Behaviour. Arch. Neurol. & Psychiat. 73. 130-134.
246 - Morgan, C. T., 1955, Physiological Psychology (3rd. Ed.) Mc Graw-Hill Book Co., New York.
247 - Morozov, G. & Romasenko, V. 1965, Neuropathology and Psychiatry. (Trans. Myshne, D.) Peace Publishers, Moscow.
248 - Mowbray. R. M. & Ferguson Roger. T., 1967 Psychology in Relation to Medicine (2nd. Ed) E & S. Livingstone Ltd., Edinburgh & London.
249 - Munn, F. L., 1961, Psychology, The Fundamentals of Human Adjustment (4th. Ed.) George G. Harrap. & Co. Ltd., London.
250 - Murray H. A., Thematic Apperception Test, Manual, 1943.
251 - Martin, R. M., Self-Evaluation in Schizophrenics and Neurotics, Purdue Univer. Unpublished M. S. Thesis, 1951.
252 - Masling. I.; The Effects Warm and Cold Interaction on the Administration and Scoring of an Intelligence Test, J. Consult; Psychol., Vol. 23, pp. 336-341, 1957.
253 - Murray, H. A. (Ed.) Exploration in Personality, New York, Oxford Univer. Press, 1938.
254 - Maslow, A. H. & Mittleman (Bela) Principles of Abnormal Psychology, Harper & Bros, N. Y. & Lond., 1941.
255 - Menninger (Karl), The Human Mind., Knopf, N. Y., 1946.
256 - Morozov & Romanesko., Nervous & Psychic Diseases, Eng. Transl. by David Mishne, Mir Publications, Moscow, 1968.
257 - Muncie (Wendel), Psychobiology & Psychiatry, Mosby, St. Louis, 1939.
258 - Munn (Norman L.) Introduction to Psychology, 2nd Ind. Repr., Oxford & Ibh Publ. Co., 1969.

259 - Maher, Brendan, A. Principles of Psychopathology. New York: Mc Graw-Hill Book Company, 1966.
260 - Maier, N. R. Frustration. New York: Mc Graw-Hill Book Company, 1944.
261 - Macdonald, J. M. (1958). «Psychiatry and The Criminal». Springfield, Illinois, Charles C. Thomas.
262 - Malcolm, M. T. & Madden, J. S. (1973). «The Use of Disulfiram Implantation in Alcoholism». Brit. J. Psychiat., 123, 41-45.
263 - Marks, L., et al (1971) «Flooding Versus Desensitization in the Treatment of Phobic Patients». Brit. J. Psychiat., 119, 353-75.
264 - Martin, C. R. A. (1966) «Nocturnal Enuresis, a new approach». London: H. K. Lewis & co. Ltd.
265 - Maxwell Jones (1968). «Social Psychiatry in Practice». London: A Pelican Original, Penguin Books.
266 - Mayer-Gross, Slater, E., & Roth, M. (1969). «Clinical Psychatry». London: Bailliere, Tindall & Cassel.
267 - Mendels, J., & Secunda, S. K. (1972). «A Controlled Study of Antidepressant Effect of Lithium Carbonate». Arch. Gen. Psychiat., Vol. 26, No. 2, 154-57.
268 - Mendelson, J. H & Mello, N. K (1976). «Behavioral and Biochemical Interrelations in Alcoholism». Qmoted from Ann. Review of Medicine, Vol 27. 321 - 33.
269 - May, Rollo. The Meaning of Anxiety. New York: Bolan Press, 1959.
270 - McKinney, F. The Psychology of Personal Adjustment. 3rd. ed. New York: John Wiley & Sons, inc., 1960.
271 - Merrill, M. A. Problems of Child Delinquency. Boston: Houghton Mifflin Co., 1947.
272 - Metraux, R. «Speech Profiles of the Preschool Child (18-54 Months). J. of Speech Disorders, 15: 37, 1950.
273 - Miller, M. E. & Dollard, J. Social Learning and Imitation. New York: Kegan Paul, Trench, Trubner & Co. Lt., 1945.
274 - Milton, L. B. & James, C. N. Industrial Psychology: Its People. New York: Longmans, Green & Co., 1953 Theoretical and Social Foundations. New York: Harper & Row, 1968.
275 - Morgan, C. T. & Stellar, E. Physiological Psychology. New York: Mc Graw-Hill Book Company Inc., 1950.
276 - Morgan, J.J.B. & Lovell, G.D. The Psychology of Abnormal People. New York: Longmans, Green & Co., 1953.
277 - Mowrer, O. H. Learning Theory and Personality Dynamics. New York: The Ronald Press Company, 1950.

278 - Mowrer: Psychotherapy, Theory and Research. New York: The Ronald Press Company. 1953.
279 - Munroe, R. L. Schools of Psychoanalytic Thought. 3rd. Printing. New York: The Dryden Press, 1956.
280 - Mussen, P. H., Conger, J. J. & Kagan, J. Child Development and Personality. 2nd ed. New York: Harpe & Row, 1963.
281 - Murpy, Gardner. Historical Introduction to Modern Psychology. Rev. ed. London: Routledge & Kegan, 1949.
282 - Newman, S. H., Bobbit, J. M. & Cameron, D. C., The Reliability of Interviewing Method in an Officer Candidate Evaluation Program, Amer. Psychologist, Vol. 1, pp. 103-109. 1946.
283 - Office of Strategie Service Staff; Assessment of men, New York, Rinehart, 1948.
284 - Okasha, A., 1967, Essentials of Psychiatry. Arab Writer, Cairo.
285 - Okasha, & Naby, S., 1964, 17 ketosteroids & 17 Ketogenic Steroids in Schizophrenia. E. J. Neurol-Psychiat, Neurosurg. Vol, V. No. 1 & 2.
286 - Orme. J. E., Introduction to Abnormal Psychology, Methuen & Co., Lond., 1971.
287 - Okasha, A., 1968, Essentials & Psychology. Anglo. Egyptian Bookshop.
288 - Oswald, I: 1962, Sleeping & Waking Elsevier, New Yord. 1964, Sleep. Pelican Books, London.
289 - Okasha, A. Essentials of Psychiatry. The Arab Writer Printing. Cairo, 1967.
290 - Pennington L. A. & Berg I.. An Introduction to Clinical Psychology. The Ronald Press Company. New York 1954.
291 - Pavlov, I. P., 1955, Selected Works, Foreign Languages Publishing House Moscow.
292 - Page, James D. Abnormal Psychology. New York: McGraw-Hill Book Company, 1947.
293 - Pavlov, I.P. Conditioned Reflexes. London: Oxford University Press. 1927.
294 - Pikunas, J. & Albrecht, E. J. Psychology of Human Development. (London), Book Company Inc. McGraw-Hill, 1961.
295 - Payne, R. W.; Gognitive Abnormalities, In Eysenck, H. J., (Ed); Handbook of Abnormal Psychology, New York, Basic Book, Inc., 1961.
296 - Payne, R. W. & Hewlett, J. H. B., Thought Disorders. In Psychotic Patient In: Eysenck, H. J. (Ed.), Experiments in Personality, London, Routledge & Pauly, 1960.
297 - Pepivski, H. B. & Pepivski, P.O., Counseling Theory & Practice, New York, Ronald Press Co., 1954.

298 - Pinneau, S. R., Changes In Intelligence Quotient Infancy to Maturing, Boston, Houghton Mifflin, 1961.
299 - Polansky, N. & Kounin, J. Clients, Reactions to Initial Interviews: A Field Study, Human Relat., Vol. g pp. 239-265, 1956.
300 - Popo, B & Scott. W. H, Psychological Diagnosis In Clinical Practice, New York, Oxford Univer Press. 1967.
301 - Philips (Leslie), A Social View of Psychopathology, Chap. 12 in: London & Rosenhan (eds.). Which See.
302 - Portnov & Fedetov, Psychiatry, Mir Publications, Moscow, 1969.
303 - Rogers C. R., Client Centerd Therapy, Haughton Mifflin Company, New York 1951.
304 - Rado, S.: Psycho-Analysis of Behaviour, Collected Papers, New York, Grune & Stratton, 1956.
305 - Rapaort, D., Gill & Schafer, R., Diagnostic Psychological Testing, 2 Vol. Chicago, Year Book Pub. 1946.
306 - Rashkis, H., Cushman, J. & Landis, C.: A New Method.
307 - Rees (Linford), A Short Textbook of Psychiatry, Eng. Univ. Press, Lond., 1967.
308 - Roff Merrill, Mink (Walter) & heinrichs (Grace), Development Abnormal Psychology, A Case Book, Holt & Rinehart, N. Y., 1966.
309 - Rapaport, D. «The Psychoanalytic Theory of Affect», Internat. J. of Psychoanalysis, V. 34, 1954.
310 - Richard, L. Roe: Developmental Psychology Today: Ed. Communication Research Machines Inc. 1971.
311 - Roch, H. Paul & Zubin, J. Anxiety, New York: Crune & Straton, 1950.
312 - Rogers, C. R. Counseling and Psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin Co., 1942.
313 - Rosenseveig, S. «An Outline of Frustration Theory». In Hunt: Personality and Behavior Disorders. New York: The.
314 - Randall, Rosenthal & LLey weilynb Bigelow (1972) «Quantitative Brain Measurement in Chronic Schizophrenics». Brit. J. Psychiat., 121, 259-64.
315 - Rollo - May (1960). «Existential Psychology». New York: Random House.
316 - Rosen, Ismond (1964). «The Pathology and Treatment of Sexual Deviation». London: Oxford University Press.
317 - Russel Davis, D. (1972). «An Introduction of Psychopathology., London: Oxford Medical Publications.
318 - Symonds: Diagnosing Personality Condust. New York: Appleton-Century-Crofts, Inc., 1961.

319 - Sartain, A. Q. Et. Al. Psychology: Understanding Human Behavior. New York: McGraw-Hill Book Company Inc., 1965.
320 - Saul, L.J. «Hostility in Cases of Hypertension». Psychosomatic. Medicine, 1 (1939).
321 - Saul, L. & Bernstein. «The Emotional Setting of Some Attacks of Urticaria». Psychosomatic Medicine Vol. 3, 1941.
322 - Seidman, J. M. The Adolescent. A Book of Readings. Edited. New York, Holt, Rinehart Winston Inc., 1960.
323 - Shaffer, L. F., & Shoben, E. J. (Jr.) The Psychology of Adjustment. Boston: Houghton & Miffling Co., 1956.
324 - Shaffer, L. F: Schizophrenia Like Psychoses. Brit. J. Psych. Vol. 109 No. 458.
325 - Smythies, J. R., 1963, Schizophrenia: Chemistry, Metabolism & Treatment. U. S. A. Charles Thomas.
326 - Stafford-Clarck, D., 1965, What Freud Really Said. London-Macdonald.
327 - Sands, D. E. 1957 Schizophrenia: Somatic Aspects. London. Pergamon 80-81.
328 - Sargant, W. & Slater, A. 1963 Physical Methods of Treatment in Psychiatry (4th ed.) E. & S. Livingstone Ltd. London.
329 - Scott, R. B. 1966 Price's Textbook of the Practice of Medicine Oxford University Press. London.
330 - Sheldon, W. H. & Stevens. S.S. 1942 The Varieties of Temperament. New York & London. Harper.
331 - Siegel. M. Et Al. 1959 Taraxein: Fact or Artefact. Amer. L. Psychiat. 115, 819.
332 - Slater, E. 1938 The Genetics of Manic-Depressive Insanity. 2 ges. Neurol. Psychiat. 163, 1-198, 216.
333 - Saslow, G. Matarazzo, J. D. & Guze, S. B., The Stability of Interaction Chronograph Patterns in Psychiatric Interviews, J. Consult. Psychol Vol 19. pp. 417-436, 1955.
334 - Savage, R. D., Readings in Clinical Psychology. Oxford, Pergamon. Press, 1966.
335 - Schafer, R., Psycho. Analytic Interpretation in Rorschach Testing. New York, Grune & Stratton, 1954.
336 - Schaffer, G. W. & Lazarus. R. S., Fundamental Concepts in Clinical Psychology, New York, McGraw-Hill, 1952.
337 - Schmidt, H. O. & Fonda, C. P. Reliability; A New Look. J. Abnorm, Soc. Psycho., Vol 52, pp. 262-267, 1956.
338 - Scott, W. D., An Interpretation of Psychoanalytic Method in Psychotherapy with a Case Treated J. Abnormal Psychol., 1908.

339 - Smith, E. E., Defensivness, Insight and the K. Scale, J. Consult Psychol., Vol. 23, p. 275, 1959.

340 - ;Stanton, A. H. & Schwartz, M. S.: The Mental Hospital New York, Basic Book, 1954.

341 - Sundberg, N. D.; The Practice of Psychological Testing in Clinical Services the United States. Amer. Psychol., Vol. 16. pp. 79-85, 1961.

342 - Sainsbury, P. (1955). «Suicide in London. London: Maudsley Monograph, Chapman & Hill.

343 - Sargant. W. & Slater, E. (1972) «Physical Methods of Treatment in Psychiatry». London. E. S. Livingstone Ltd.

344 - Silver Stone. T. & Barraclough, B. (1976). «Contemporary Psychiatry». Kent, Headley Bros. Ltd., Brit. J. Psychiat, Special Publications Noq.

345 - Slater, E. (1965). «Diagnosis of Hysteria» Br. Med.) J, 1395.

346 - Stafford - Clark, D. (1967), «Psychiatry for Students». London: George Allen & Unwin Ltd.

347 - Stengel, E. (1945). «The Relationship between Obsessional Neurosis and Psychotic Reaction Types». J. M. Sci., 91, 160 - 6.

348 - Stengel, & Cook, N. (1958). «Attempted Suicide». London, Oxford University Press.

349 - Sundberg, N. D. & Tyler. L. E., Clinical Psychology, New York, Appleton-Century Crofts, 1962.

350 - Tawadros, S. Magharius. «Group Psychotherapy for Stutteres». In International Journal of Sociometry. Vol. No. 1, 1957.

351 - Taylor. W. S. Dynamic and Abnormal Psychology. New York: The American Book Company, 1954.

352 - Tiffin, J. & Mc Cormick, E. J. Industrial Psychology, 3rd ed. London: Novello & Co., 1966.

353 - Triesman (Michel), Mind, Body & Behavior, Control Systems & Their Disturbances, Chap. 13 in London & Rosenhan, Foundations... Which See.

354 - Trapp, E. P. & Himelstein, P. Readings on Exceptional Child Research and Theory. London: Methuen & Co., Ltd., 1962.

355 - Travis, L. E. «The Unspeakable Feeling of People With Special Reference to Stuttering». In Handbook of Speech Pathology. London: Peter Owen, 1959.

356 - Tomkins, The Thematic Apperception Test, Grune & Strat on, New York 1952.

357 - Talaat, M., 1966, Physiology in Medical Practice. Vol. IV. Endocrine Glands. Anglo-Egyptian Bookshop, Cairo.

358 - Van Riper, C.: Speech Correction. New Jersey: Prentice-Hall, 1963.

359 - Vigotsky L. S., Thought and Speech.
360 - Vernon, P. E., Personality Test, and Assessments, New York, Holt, Rinehart & Winston, 1953.
361 - Witmer, L., Clinical Psychology, 1907.
362 - Wittson, C. L. & Hunt, W. A.; The Predictive Value of the Brief Psychiatric Interview, Amer J. Psychiat Vol 107, pp. 582-585, 1951.
363 - Wyatt, D. & Campell, D.: A Study of Interviewer Bias as Related to Interviewer's Expectations and Own Opinions, Int. J. Opin, Attit. Res. Vol. 4. pp. 77-83, 1950.
364 - Wolf & Huston, Schizophrenia Associated with Addison's Disease, Amer. J. Psychiat., 116, 1959.
365 - Whitty, C. W. M. & Zangwill, O.L., 1966, Amnesia. Butterworths, London.
366 - Wolf, S. & Wolf, H. G., 1943, Human Gastric Function. New York-Oxford.
367 - Wolpe, J. & Slater, A., 1964, The Conditioning Therapies. U. S. A. - Halt, Rinehart & Winston Inc.
368 - Weider A. & Others, Gornell Index, Manual, The Psychological Corporation, New York 1948.
369 - Wolberg L. R., The Techniques of Psychotherapy, Grune & Stratton, New York 1954.
370 - Wealder R., The Scientific approach to Case Work; With Special Emphasis on Psychoanalysis, in Personality in Nature. Society and Culture. Alfred Knopf, New York 1953.
371 - Waston, R. I., A Brief History of Clinical Psychology, Psychol, Bull., Vol. 50, pp. 321 - 346, 1953.
372 - Wechsler, D, A Standardised Memory Scale for Clinical Use, J. Psychol., Vol pp. 87-95, 1945.
373 - Wechsler, D., The Measurement and Appraisal of Adult Intelligence, Baltimore, Williams & Wilkins, 1958.
374 - Walk, A., & Coppen, A. (1967). «Recent Advances in Schizophrenia». RMPA Special Publications, Headley Bros. Ltd., London.
375 - West, D. J. (1960). «Homosexuality». London: A. Pelican, Penguins.
376 - WHO Technical Report Series No. 275 (1964). «Psychosomatic Disorders».
377 - WHO No. 371 (1967). «Research in Psychopharmacology».
378 - WHO No. 381 (1968). «Neurophysiological and Behavioral Research in Psychiatry».
379 - Woodworth, S. & Sheehan, M. R. (1964). «Contemporary Schools of Psychology». New York: Ronald Press.

380 - Wells, F. L. & Ruesch, J., Mental Examiners Handbook, New York, Psychol. Cord, 1945.

381 - Welsh, G. S. & Dahlstrom, W. G. Basic Readings on the M.M.P.I. in Psychology and Medicine, Minneapolis, Univer of Minnesota Press, 1956.

382 - Wiener, D. N.; Subtle and Obvious Keys for the M.M.P.I. J. Consult Psychol. Vol. 12, pp. 144-170, 1948.

383 - Williamson, E. G.; Counsseling Adolescents: Revision of Part I of How to Counsel Students, New York, McGraw-Hill, 1950.

384 - Wallen, Richard W. Clinical Psychology. New York: McGraw-Hill Book Co., 1956.

385 - Weiss, E. & English, O. Psychosomatic Medicine. Philadelphia W. B. Sounder Company, 1957.

386 - White, R. The Abnormal Personality. 3rd ed. New York: The Ronald Press, 1956.

387 - Wolff, H. Headache and Other Head Pains. London: Oxford University Press, 1948.

388 - Wolf, S. & Wolf, H. G. «Evidence of the Genesis of the Peptic Ulcer». J. of Am. Med. Ass. CXX 1942.

389 - Wolpe, Joseph. Psychotherapy by Reciprocal Inhibition. California Stanford University Press, 1968.

390 - Zubek, J. B. & Solber, P. A. Human Development. New York: McGraw-Hill Book Co., 1954.

الانتاج العلمي
للدكتور عطوف محمود ياسين

١ ـ **كتاب الذكاء واختبارات القدرات العقلية بين التطرف والاعتدال:**
نشر في دار الأندلس/ ١٩٨١/ لبنان ـ بيروت ـ

٢ ـ **كتاب علم النفس العيادي (الإكلينيكي):**
نشر في دار العلم للملايين / ١٩٨١/ لبنان ـ بيروت ـ

٣ ـ **ثورة معاصرة في ديناميات الظاهرة النفسية** (دراسة نظرية): نشرت في مجلة المعرفة السورية ـ دمشق ـ ١٩٨٠ ـ العددان ١٢٢ ـ ١٢٣ (اغسطس وسبتمبر).

٤ ـ **التوافق ومشكلاته بين طلبة وطالبات الجامعة الأمريكية**: نشر في بيروت: (بحث ميداني): ١٩٨٢. نشرتهُ الدار الجامعية للطباعة والنشر، بيروت لبنان ـ . دراسات سيكولوجية ميدانية عدد (١) ـ بالاشتراك مع الدكتور مروان أبو حويج.

٥ ـ **استفتاء لدراسة مشكلات المراهقات غير العاديات. بحث ميداني ١٩٨٢:** نشرته (الدار الجامعية للطباعة والنشر/ بيروت). دراسات سيكولوجية ميدانية في البيئة العربية عدد (١) بالاشتراك مع الدكتور مروان أبو حويج.

٦ ـ **كتاب مدخل في علم النفس الاجتماعي**: نشرته: دار النهار ـ لبنان ـ بيروت/ ١٩٨١/ شارع مصرف لبنان بناية التعاونية الصحفية طابق/ ٦/.

٧ ـ **رحلة العلماء في كشف أسرار الدماغ والعقل دراسة نظرية)**: نشرت في مجلة (العربي) بالكويت/ ابريل/ ١٩٨١/.

٨ ـ **نوعيات ونماذج الافيزيا**: (دراسة نظرية): نشرت في مجلة المعرفة السورية/ دمشق/ وزارة الثقافة والارشاد/ العدد ٢٢٧/ كانون الثاني/ يناير ١٩٨١.

٩ ـ **قاموس مصطلحات علم النفس**: نشرته: مؤسسة نوفل/ بيروت ـ لبنان ١٩٨١ / ص.ب. ٢١٦١/ ١١ ت: ٣٥٤٩٨/ ٣٥٤٩٤.

١٠ ـ **سيكولوجية السلوك الجنائي** (دراسة نظرية): نشرت في مجلة الداخلية الكويتية عدد ٢٢/١٩٨١.

١١ ـ **كتاب قضايا نقدية في علم النفس المعاصر**: نشرته مؤسسة نوفل/ بيروت/ لبنان/ ١٩٨١/ ص.ب ٢١٦١/ ١١ ت: ٣٥٤٨٩٨/ ٣٥٤٩٤.

١٢ ـ **تعريف السلوك الجنائي واتجاهاته**: (دراسة نظرية): نشرت في مجلة الداخلية الكويتية/ عدد ٢٢٣/ ١٩٨٢.

١٣ ـ **كتاب دراسات سيكولوجية معاصرة**: نشرته مؤسسة نوفل/ بيروت ـ لبنان ١٩٨١ ص.ب ٢١٦١/ ١١ت: ٣٥٤٨٩٨/٣٥٤٣٩٤.

١٤ ـ **دراسة ميدانية كتاب: «نزيف الأدمغة وهجرة العقول العربية إلى الدول التكنولوجية»**/ ١٩٨٤ : دار الأندلس ـ بيروت ـ لبنان
ص.ب: ١١/٤٥٥٣.

١٥ ـ **كتاب أسس الطب النفسي الحديث**: بيروت ـ لبنان ـ ١٩٨٨ ـ منشورات بحسون الثقافية.

١٦ ـ **كتاب الأمراض السيكوسوماتية (النفسجسمية)**: بيروت ـ لبنان/ ١٩٨٨ منشورات بحسون الثقافية.

١٧ ـ كتاب دراسة تشخيصيّة لظاهرة الطلاق في دولة الإمارات العربية المتحدة. (بالاشتراك مع: الدكتور فيصل محمد خير الزرّاد). بيروت ـ لبنان ـ ١٩٨٨.

تحت الطبع

- كتاب دراسات سيكولوجية ميدانية في البيئة العربية ـ (القسم الثاني) ـ لبنان ـ بيروت ـ بالاشتراك مع د. مروان أبو حويج.
- كتاب سيكولوجية المعاقين والموهوبين واستراتيجيات التربية والعلاج لهم.
- كتاب علم النفس الإداري ـ التنظيمي (للشركات والمؤسسات).
- كتاب أساليب العلاج النفسي (١ ـ ٢).
- كتاب علم النفس الحربي.
- ومجموعة كتب مُترجمة إلى اللغة العربية من اللغة الإنكليزية؛ وسيباشر بإصدار سلسلة كتب في اللغة الإنكليزية في كندا. والولايات المتحدة الأمريكية مع مطلع عام/ ١٩٨٩.

Dr. A. YASSINE'S RESEARCH and PUBLICATIONS

(in arabic)

1 - **Principles of contemporary psychological medicine,** BAHSOUN Publisher's - Beirut - Lebanon - 1988 - Box: 11-2161.

2 - **Psychosomatic Illnesses.** BAHSOUN Publisher's - 1988 - Beirut - Lebanon.

3 - **Contemporary Psychological Studies, 1981.**

4 - **Critical Issues in Contemporary Psychology, 81.**

5 - **Dictionary of Psychological Concepts, 81.** Naufal Group PUB, Box. 11-2161. Beirut - Lebanon - 1981.

6 - **Clinical Psychology** - 1981 - First Print - Dar Al Ilm Lel Malaien Box: 1085. Second Print - 1986 - Beirut - Lebanon.

7 - **The I. Q and the Tests of Mental Abilities Between the Extreme and the Moderation** - 1981 - Andaloss Publisher, Box: 11-4553 - Beirut.

8 - **Brain Drain in the Third World.** Andaloss Publisher - Beirut.

9 - **Introductory Social Psychology, 81,** Dal Nahar, Box. 11-226 - Beirut.

10 - **Psychological Experimental Studies in the Arab Environment (I - II)** - Dar Al - Jamiehieen, Box. 9333 - Beirut.

11 - **Experimental Study on the Phenomenon of Divorce in the United Arab Emiraites. 1988.**

PRINCIPLES
OF CONTEMPORARY PSYCHOLOGICAL
MEDICINE

BY

Dr. ATOUF YASSINE
(Clinical Psychologist - U.S.A. Graduate)

The Author of:

- Psychosomatic Illnesses.
- Clinical Psychology.
- Brain Drain in the Third World

BAHSOON PUBLISHERS
BEIRUT - LEBANON



أسس الطب النفسي الحديث

يعتبر هذا الكتاب حدثاً علمياً رائداً، يضيف إلى المكتبة العربية مع قدوم العام ٢٠٠٠ إنتاجاً متخصصاً يشتمل على عرض شامل ومكثف للأمراض العقلية الوظيفية والعضوية وللأمراض العصبية النفسية، والتي تحاصر الإنسان في أشد عصور التاريخ الإنساني قلقاً واضطراباً وصعوبة.

وقد سلك المؤلف في عرضه وتحليله أسلوباً منهجياً، تناول فيه:

تعريف المرض - أسبابه وتشخيصه - أعراضه السريرية - سبل علاجه. فكان الكتاب في جملته زاداً ثرياً للطبيب والممارس والباحث والمعلم، والممرض والاخصائي النفساني وكان عوناً للآباء والأمهات، ومصدراً للإرشاد والتثقيف والوعي، يساعد على رؤية المشكلات والتماس حلولها وأساليب علاجها.

كذلك تمكن المؤلف من إبراز صفحة متواضعة مشرقة عن مساهمات الحضارة العربية والإسلامية وعلمائها في ميادين علم النفس العيادي والطب النفسي أمثال: ابن سينا والرازي والكندي وابن النفيس وابن القيم والزهراوي وغيرهم.

كما استعرض عشرين مدرسة من مدارس الطب النفسي المعاصر لتكون مصدراً للدارسين والباحثين، محرراً القارىء العربي من أحادية المعرفة، فقدم التصنيف الأميركي والسوفياتي للأمراض النفسية والعصبية بالإضافة إلى التيارات التي تتناول شخصية الإنسان واضطراباته.

كذلك تصدى المؤلف للأمراض العصابية النفسية كالقلق العصابي والاكتئاب، والسيكاثينيا والمخاوف الرهابية والهستيريا والوساوس والنورستانيا، وبين الأمراض العقلية الذهانية: كالبارانويا وذهانات لاتا، وآموك، والكورو، وغيرها. والذهانات الوجدانية كالكآبة بنوعياتها والهوس، والميلانخوليا. كذلك تمكن الباحث من دراسة ومعالجة حالات عديدة من الأمراض كالفوبيا، والبارانويا والملوسة والهذاءات مستعرضاً في دراسة الحالة ثلاث عشرة أداة لاستقصاء حالة المريض من كافة أبعادها، وذلك بطرح العديد من النماذج العملية لدراسة الحالة في العيادات والمستشفيات المعاصرة.

كذلك تناول اضطرابات الشخصية ومعايير التمييز بين (السوي وغير السوي) وموضوع الانحرافات الجنسية والإدمان على المخدرات والكحول، والطب النفسي الشرعي وموضوع الصَرَع ومشاكل الأطفال والكهولة مع الأعراض والعلاج.